

A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais

Healthcare on the public agenda: convergences and gaps on the discussion lists and work programs of government institutions and social movements

Ligia Bahia¹

Nilson Rosario Costa²

Cornelis van Stralen³

Abstract *Based on examinations of information on the discussion agendas and work programs of selected social movements and Government institutions, this paper identifies high-priority sub-themes and action strategies that comply with the healthcare agenda. It offers detailed descriptions of convergences and discrepancies among the propositions, concepts and lines of action of various agents, in addition to clashes in the dynamics of social movements and healthcare councils. Reflections on affinities and gaps in the agendas examined indicate the consolidation and preponderance of healthcare for Brazil on the one hand, while on the other they question the standpoints for change in the guidelines structuring the Brazilian healthcare network. Based on these queries, four challenges are presented for the implementation of Brazil's National Health System (SUS).*

Key words *Healthcare agenda, Priorities of non-government institutions, Social movements*

Resumo *Este trabalho, com base na consulta a informações sobre as pautas de debate e trabalho e de instituições públicas e movimentos sociais selecionados, identifica subtemas prioritários e estratégias de ação que conformam a agenda da saúde. Detalham-se convergências e dissintonias entre as proposições, concepções e linhas de ação de distintos agentes, bem como contradições da dinâmica dos movimentos sociais e conselhos de saúde. As reflexões sobre as afinidades e lacunas das agendas investigadas, por um lado, sinalizam por um lado a consolidação e preponderância da saúde para o país, por outro, questionam as perspectivas de mudança dos padrões que estruturaram o sistema de saúde brasileiro. A partir dessas interrogações, são apresentados quatro desafios à implementação do SUS.*

Palavras-chave *Agenda da saúde, Prioridades das instituições não-governamentais, Movimentos sociais*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Brigadeiro Trompovsky s/n, Hospital Universitário, 5º andar, Cidade Universitária. 21941-590 Rio de Janeiro RJ.

ligiabahia@terra.com.br

² Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

Há um amplo consenso sobre a centralidade da saúde na vida contemporânea. Contudo, a disseminada percepção sobre a importância da saúde na sociedade não corresponde necessariamente à priorização do tema nas agendas dos poderes republicanos. Os resultados de duas pesquisas de opinião - assuntos políticos e administrativos, encomendada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e a respeito da reforma política, contratada pela Fundação Perseu Abramo, realizadas, respectivamente, em dezembro¹ e novembro 2006², sinalizaram que a saúde deveria ser a primeira e segunda prioridades para o governo federal^{1,2}. Nesse mesmo período, durante a campanha para Presidente da República, o tema saúde não foi especialmente destacado, embora tenha adquirido maior relevância nas plataformas dos candidatos a governador de diversas unidades da federação. Meses depois, no segundo mandato do Presidente Lula, no início de 2007, o Ministro da Saúde designado apresentou um programa de trabalho ousado e polêmico, despertando a atenção dos principais veículos da mídia. Assim, a inscrição da saúde na agenda política, em um curto espaço de tempo, mostrou-se irregular, ainda que no âmbito do mesmo projeto governamental.

As razões para os descompassos entre as necessidades, demandas e vocalização dos problemas de saúde e seus rebatimentos na hierarquização e a regularidade das políticas governamentais podem ser atribuídas às repercussões extra-setoriais da saúde, mas também ao cálculo sobre a capacidade ou incapacidade de resposta aos problemas relacionados ao sofrimento humano imediato expresso na dor, doença, mal estar e exposição a riscos. Apesar das variações, de acordo com diferentes contextos históricos, os argumentos conservam um substrato comum: as assertivas sobre a pouca ou nenhuma participação das ações de saúde (especialmente as de assistência à saúde) para o desenvolvimento econômico e, na direção inversa, a melhoria das condições de saúde como resultante inexorável do incremento da economia.

Conseqüentemente, as assimetrias entre as expectativas que gravitam em torno da saúde e as dimensões da saúde nas agendas governamentais não devem ser atribuídas, *a priori* ou exclusivamente, a equívocos ou desacertos na condução das políticas públicas. Além dos argumentos sobre as relações de subordinação linear da saúde ao desenvolvimento, é preciso considerar que

nem todas as preocupações e os cuidados com saúde como, por exemplo, os cuidados familiares, determinados estilos de vida, são objeto da intervenção do Estado e de suas instituições.

No entanto, as advertências sobre o não alinhamento automático da manifestação das opiniões sobre a primazia da saúde com as pautas das políticas, programas e ações de governo não devem impedir o exame atento da elevação do problema saúde ao primeiro lugar ou segundo lugar (acima ou logo abaixo do emprego). Por certo, são as tensões geradas pelas contradições entre a expansão de coberturas e a racionalização do acesso aos serviços de saúde e preservação das desigualdades nos padrões de utilização de serviços e qualidade que compõem o complexo enredo, no qual a saúde é apontada como o problema principal. Portanto, o protagonismo da saúde parece decorrer de uma intrincada combinação de esperança e desalento. O drama desenrola-se nas filas, na desumanização, despersonalização no atendimento e também no reconhecimento da efetividade das ações da saúde e satisfação pelo atendimento.

É nesse sentido, o da tentativa de compreender a valorização dos problemas de saúde e da sistematização das alternativas para enfrentá-los, que as anotações para uma investigação sobre a ênfase e diversidade do tema saúde na agenda pública podem fornecer subsídios para uma sistematização preliminar dos consensos e divergências de proposições pautadas por distintos fóruns de debate e formulação de políticas de saúde. A hipótese que orienta o exame da agenda pública da saúde é bastante singela e decantada. Pressupõe-se que a atenção aos principais problemas de saúde e seus determinantes sociais são vetores essenciais para integração social e passaportes para a cidadania. Sob esta moldura limitada, busca-se apenas perscrutar as conexões da saúde nas pautas de debate e trabalho de instituições e entidades selecionadas com a perspectiva de uma reforma mais extensa na saúde - a Reforma Sanitária Brasileira. O outro eixo de apoio para o mapeamento da agenda pública da saúde é a constatação sobre a forte presença do tema nas arenas de debate. Seja em função da percepção da população, seja pela visibilidade, impacto e ampliação dos temas da saúde propostos pelo Ministro Temporão, ou ainda pela amplificação das demandas latentes por maior aporte de recursos financeiros oriundas de entidades de profissionais de saúde e parlamentares, a conjuntura é propícia à reflexão sobre saúde.

Nesse contexto, às vésperas da 13ª Conferên-

cia Nacional de Saúde, o inventariamento preliminar e restrito de convergências e desencaixes das prioridades e linhas de ação relativas à saúde serve antes como um painel para definir as coordenadas do ponto de partida do que como bússola para acertar os rumos da chegada. Em termos genéricos, as anotações que se seguem sobre a saúde na agenda pública alinham-se aos trabalhos sobre as contradições entre a modernização, o enriquecimento material, a democratização e a resistência na transformação da estrutura das desigualdades no Brasil. Porém, os objetivos deste artigo são bem mais modestos. Tomando alguns documentos como programas de trabalho, atas e jornais de grande divulgação como *proxy* das agendas do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Legislativo Nacional, Poder Judiciário, Conselhos de Saúde, durante os anos 2006 a 2007, procura-se identificar subtemas e estratégias de ação e sistematizar, em caráter provisório, as proposições e os propositores da atual agenda da saúde.

A saúde nas agendas governamentais do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS

As polêmicas, expostas a público, em torno da disputa do nome para Ministro da Saúde concentradas em torno do perfil técnico ou de um político, com filiação inequívoca para assegurar a governabilidade, sinalizaram a disposição dos meios de comunicação para acompanhar um tema aparentemente muito específico, o andamento de negociações no interior da base governista. A escolha de José Gomes Temporão – um sanitário, cuja biografia forjada na formulação e defesa da Reforma Sanitária Brasileira – e seu programa heterodoxo, com explícitas estratégias para atualizar e potencializar as vinculações da saúde com o desenvolvimento, foram intensamente divulgados. Com isso, a política de saúde, que vinha sendo apresentada formalmente como a preservação e a continuidade de um conjunto de diretrizes, ações e metas setoriais e enunciadas tecnicamente, estende sua jurisdição. O deslocamento do teor administrativo dos discursos que vinham embalando as proposições para as políticas de saúde cede lugar às articulações entre a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a aproximação aos problemas de saúde cotidianos e a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida, a saúde adquire estatuto de prioridade.

De fato, a natureza dos compromissos, anunciados pelo Ministro Temporão em seu discurso de posse³ não difere radicalmente daquela que fundamenta o programa do PT para a saúde. O documento Lula Presidente: Programa de Governo para 2007-2010 contém treze pontos destinados à saúde: o fortalecimento da gestão do SUS; a organização de uma rede nacional única de serviços de saúde; a universalização da atenção básica; a criação de centros de atenção básica; a manutenção do programa Brasil Sorridente; a criação do Telesaúde; o apoio a centrais de regulação; a ampliação do Samu; a continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; o fortalecimento e a ampliação das ações preventivas e acesso ao tratamento para doenças sexualmente transmissíveis; a continuidade da modernização e ampliação dos laboratórios farmacêuticos oficiais e fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos⁴.

Todavia, os 22 compromissos do Ministro Temporão, extraídos de uma releitura da determinação social da saúde e da avaliação sobre as possibilidades e limites das políticas públicas para melhorar as condições de saúde e da qualidade de vida, surpreenderam o país. A menção a tabus como o abortamento inseguro e a propaganda de bebidas alcoólicas, seguida pela quebra do licenciamento de um dos medicamentos utilizados para o tratamento de pacientes HIV positivos e posteriormente a liderança do Ministério da Saúde na articulação de políticas intersetoriais e a negociação do descontingenciamento e demais recursos para a pasta, foram amplamente noticiados.

Por sua vez, as prioridades estabelecidas pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), dada a natureza colegiada e de suas funções de cooperação técnica e articulação política, são, em geral, menos visíveis para o público. No entanto, seus programas de trabalho e reflexões, extensamente difundidos para profissionais de saúde, gestores e pesquisadores da saúde, balizam as expectativas nacionais sobre as políticas do setor.

Ambas as entidades CONASS e CONASEMS elegeram como ponto principal de luta a busca de alternativas para o subfinanciamento do SUS. Embora as interseções dos programas de trabalho dessas entidades sejam significativas, a ênfase das atuais agendas do CONASS e do CONASEMS recai, respectivamente, sobre a necessida-

de de redução das desigualdades regionais, envolvidas com as transferências do Ministério da Saúde às secretarias estaduais⁵, e na superação de impasses relacionados com os limites das atribuições municipais (especialmente das de pequeno porte) para arcar com o conjunto de atribuições de atenção à saúde de suas populações⁶. Essa sutil distinção reflete não somente as escalas territoriais de unidades federadas e municípios mas também as tentativas de aprimorar a divisão de competências relacionadas com a atenção à saúde, entre as três esferas de governo. O tom executivo das agendas das secretarias de saúde, a riqueza e a diversidade das estratégias desenhadas para implementar o SUS influenciam tanto as pautas de debate do Ministério da Saúde, quanto a formulação e implementação de decisões dos conselhos de saúde, Poder Legislativo, Ministério Público e Poder Judiciário.

A atuação conjunta do Ministério da Saúde e Secretarias de Estados e Municípios, em torno da formação de consensos de proposições oriundas de governos das três esferas administrativas e diferentes composições político-partidárias, é um permanente desafio para o SUS. A relativamente recente eleição e posse dos novos Presidentes do CONASS e CONASEMS e a nomeação do Ministro da Saúde, no início de 2007, suscitam a intensificação do interesse pelas conexões e particularidades de suas agendas.

A agenda do Ministério da Saúde

A indubitável liderança do atual Ministro da Saúde na condução das políticas de saúde alargou a agenda setorial. Tomando como referência o noticiário divulgado pela imprensa, nos meses julho, agosto, setembro e início de outubro de 2007, observa-se, por um lado, a abertura da imprensa à divulgação de análises sobre os problemas de saúde e projetos estruturantes. Por outro lado, os impasses em relação à consecução de uma agenda mais radicalmente reformista e a imposição de atendimento a demandas pontuais se insinuam nas entrelinhas.

A sistematização do noticiário sobre as ações do Ministério da Saúde (Quadro 1) sugere que a maior parte das notícias selecionadas refere-se à continuidade ou ampliação de projetos, programas e ações de gestões anteriores ou apoio a iniciativas adotadas por outros ocupantes da pasta da saúde (como, por exemplo, a regulamentação da Emenda Constitucional 29). Mesmo as exce-

ções, como a apresentação de uma proposta inédita - a Fundação Estatal de Direito Privado, o acoplamento de projetos de saúde ao Projeto de Aceleração do crescimento (PAC) e o "PAC Saúde" - poderiam ser categorizadas como integrantes de um debate relativamente sedimentado: o da necessidade de encontrar alternativas para o aprimoramento da gestão das instituições públicas e a reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde. Sob esse ângulo, seria precipitado atribuir o destaque conferido à saúde pela mídia, tão somente, a "novos" fatos. Inclusive porque a ampliação, diversificação e introdução de vetores de mudança na agenda do Ministério da Saúde não substituíram padrões tradicionais de negociação e destinação de recursos, *vide* o aumento dos valores da tabela SUS (Quadro 1).

Contudo, a constatação de que o acervo dos subtemas abordados pelo Ministério da Saúde, divulgados pela imprensa permanece, em linhas gerais, inalterado, não impede o reconhecimento da mudança do enfoque dos problemas de saúde e importância da conquista de maiores e mais nobres espaços dedicados ao tema pela imprensa. Títulos de reportagens como: "Temporão afirma que equipe econômica conhece pouco o sistema de saúde" e afirmações sobre as barreiras de aos serviços de saúde: [...] *neste ano 90 mil brasileiros com câncer farão cirurgia e quimioterapia, mas não terão acesso à radioterapia por falta de equipamentos especializados no país, [...] 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos não são tratados de modo adequado no país*³, substituem surradas fórmulas de apresentação de evidências, plasmadas na comprovação de déficits por níveis de atenção/complexidade, e expõem, com tintas berrantes, as lacunas assistenciais e o destino nobre do maior aporte de recursos financeiros para a saúde⁷.

Assim, o que parece mover a inscrição mais permanente da saúde na agenda governamental e permeabilidade da mídia ao acompanhamento do processo de elaboração e implementação dessas ações é a articulação das políticas de saúde, em termos teóricos e pela presença do Ministro, das políticas de saúde, incluindo a explicitação de polêmicas a respeito da racionalização do acesso aos serviços de saúde com a área econômica do governo. No noticiário da imprensa sobre as ações do Ministério da Saúde, o resgate da dimensão crítica do processo saúde, doença e cuidado e a negação da naturalização da ordem existente realçam a orientação para a mudança.

Quadro 1. Notícias selecionadas* sobre as atividades do Ministro da Saúde, outubro (até o dia 3), setembro e agosto de 2007.

Subtemas selecionados/contexto	Proposição/Programa/Estratégia/Depoimento
<p>Programa de reestruturação e contratualização para os hospitais de ensino Os hospitais de ensino podem se credenciar para receber recursos adicionais, comprovando a qualidade dos serviços prestados. O programa existe desde 2004 e foi reafirmado pelos Ministros da Educação e Saúde (outubro de 2007)</p>	<p>Duas portarias (alteração da regra de elegibilidade - redução de 70% para 60% dos leitos dos hospitais de ensino destinados ao SUS e definição da comissão de certificação e monitoramento) Repasse complementar de R\$ 325 milhões para estes hospitais</p>
<p>Complexo produtivo/ Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) para a área da saúde Expansão da rede da saúde, ampliação do acesso, ampliação de recursos para atendimento de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, e para a promoção de alimentação saudável, redução do fumo e das bebidas, redução das desigualdades e aumento da produção de insumos estratégicos para conferir maior autonomia à política de saúde. Inauguração da nova fábrica do centro de vacinas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que contou também com a participação do Ministro do Desenvolvimento Social e do Presidente Lula (outubro de 2007)</p>	<p>Redução do desequilíbrio da balança comercial (este ano, cerca de US\$ 5 bilhões) relacionado com produtos para a saúde. Regulamentação da emenda 29, reajuste da tabela do SUS. "Há uma crescente dependência de tecnologias desenvolvidas no exterior, então, é fundamental uma estratégia de redução desta dependência". [...] "Essa iniciativa se insere na filosofia do PAC da Saúde do governo, porque articula crescimento com inovação. Insere a saúde como um dos pilares do desenvolvimento industrial do país, estimula a entrada de tecnologias do futuro e liga a política social com o desenvolvimento econômico".</p>
<p>Aumento dos valores da tabela SUS/Critérios de distribuição de R\$ 2 bilhões Liberação de R\$ 1,2 bilhão para reajustar cerca de mil procedimentos da tabela do SUS.</p>	<p>Aumento médio de 30% no valor dos procedimentos. Aumento dos tetos financeiros dos estados, repasse para as Santas Casas de Misericórdia Greve dos médicos, Fortaleza/Reunião com oito governadores do Nordeste; Reunião com Secretários Estaduais de Saúde (setembro de 2007) Solicitação para atenção ao problema da epidemia de dengue</p>
<p>Prorrogação da CPMF/Regulamentação da EC 29/CPMF Audiência pública da Comissão da Câmara que analisa a proposta de prorrogação da CPMF. Reunião da Coordenação Política (Presidente Lula, Ministro da Fazenda, Ministro do Planejamento e Ministro da Saúde (setembro de 2007)</p>	<p>"Enquanto não se definir com clareza o que são ações e serviços de saúde, vai-se ficar no arbitrio e na avaliação sutil de cada Tribunal de Contas estadual. A regulamentação sutil de cada sistema seja planejado na medida em que se sabe o montante de recursos com que se contará no horizonte maior. Isso é fundamental para se planejar uma sociedade que envelhece rapidamente, na qual o peso das doenças crônico-degenerativas aumenta cada vez mais".</p>
<p>Segurança no trânsito Assinatura do Decreto pelo Presidente da República instituindo o Comitê Nacional pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, coordenado pelo Ministério da Saúde. Os acidentes podem ser considerados uma epidemia [...] a cada 8 minutos [...] morre um brasileiro vítima de acidente de trânsito. Semana Nacional do Trânsito (setembro de 2007)</p>	<p>[...] "E qual é a vacina que nós temos para enfrentar a epidemia das mortes no trânsito? [...] Este tema tem que estar nos centros de nossas preocupações. No centro das prioridades dos ministérios e da sociedade. [...] Nós vamos ter de repensar estratégias no campo do Judiciário. Não é possível que a sociedade seja tão tolerante e benevolente com crimes que se cometem cotidianamente usando o automóvel, usando o transporte".</p>
<p>Judicialização da Saúde Crítica às ações na justiça para a cobertura de procedimentos não regulamentados. Audiência Pública na Comissão de Seguridade Social e Família. Câmara dos Deputados (setembro de 2007)</p>	<p>Aprovação do projeto de lei que tramita no Senado Federal estabelecendo parâmetros para as coberturas</p>

continua

Quadro 1. continuação

Subtemas selecionados/contexto	Proposição/Programa/Estratégia/Depoimento
<p>Recursos para a pesquisa Recursos alocados na Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foco nas doenças epidemiologicamente relevantes. A estimativa é de que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), libere, nos próximos cinco anos, cerca de R\$ 500 milhões para a pesquisa. Assinatura do Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia (agosto de 2007).</p>	<p>“[conhecer] as áreas nas quais o governo gasta muito como importação de tecnologia. Aquelas que o Brasil já tem um conhecimento acumulado, que possa ser alavancado para desenvolver e produzir tecnologias, produtos, equipamentos para servirem ao Brasil. [...]” Todos os anos, cerca de 22 mil pacientes recebem marcapassos, que poderiam ser produzidos aqui no Brasil. É importante aliar o poder de compra do Estado, a ciência, a pesquisa, o desenvolvimento e a indústria nacional para reduzir a vulnerabilidade da política de saúde”.</p>
<p>Regulamentação da propaganda de bebidas alcoólicas Mudança na classificação de bebida alcoólica. A meta é reduzir o teor admitido pela legislação atual. Proposta de medida para corrigir uma distorção, que exclui da definição de bebidas alcoólicas os vinhos, cervejas e bebidas mistas que têm grande concentração de álcool, embora não atinjam os 13 graus (legislação em vigor). (agosto de 2007)</p>	<p>“A propaganda evidentemente mostra só o lado da alegria, da felicidade do conagraçamento entre os amigos, da paquera, mas não mostra o outro lado, os riscos envolvidos no consumo abusivo do álcool. A idéia inicial é obrigar a inserção de advertências nas mensagens publicitárias, estratégia adotada em relação ao cigarro”. Regulamentação de horários e conteúdo na propaganda desses produtos, como ocorre com outras bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus, como o uísque; revisão dos conteúdos da propaganda; proibição da venda em postos de gasolina</p>
<p>Fundação Estatal de Direito Privado Novo modelo jurídico institucional legal para os hospitais e institutos federais. Lançamento da Campanha de Prevenção dos Riscos de Consumo de Bebida Alcoólica no Rio de Janeiro (agosto de 2007).</p>	<p>Elaboração de Projeto e Encaminhamento de Projeto que regulamenta a criação da fundação pública de direito privado ao Congresso Nacional “[...] buscamos um novo modelo jurídico institucional legal para os hospitais e institutos federais, que mude radicalmente o padrão de gestão existente, bastante burocratizado, para uma alternativa mais ágil, transparente e participativa [...]”. A fundação estatal é uma entidade do Estado. A proposta não é privatizar, muito pelo contrário. É trazer para dentro do Estado inovações que o mundo inteiro experimenta: autonomia, contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração, remuneração por bom desempenho. Ninguém está inventando a roda”.</p>
<p>* As seguintes notícias, entre outras, também mereceram destaque. Os fatos que as geraram foram acompanhados pela presença e/ou por declarações do Ministro Temporão: regulamentação do uso de animais em pesquisas científicas e acesso à biodiversidade para desenvolvimento da ciência e tecnologia. Reunião do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia; solicitação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) (outubro); passeata na Esplanada dos Ministérios de agentes comunitários de saúde por melhorias nas condições de trabalho (outubro); lançamento da campanha publicitária para incentivar a doação de órgãos (Salvador, setembro); anúncio da utilização de recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para a transferência de 150 famílias que moram na Cidade dos Meninos (local contaminado por pó de broca) (Rio de Janeiro, setembro); utilização de recursos do PAC para ampliar a prevenção e o tratamento de dengue e malária – construção de portos em 22 municípios (Manaus, setembro); criação de uma caravana (Ministério da Saúde e União Nacional dos Estudantes –UNE) responsável por organizar debates e palestras em universidades públicas e particulares, sobre temas relacionados à formação dos jovens – alcoolismo, drogas, aborto, etc. (agosto); convênio com a Caixa Econômica Federal para informatização e interconexão do programa Farmácia Popular do Brasil (agosto de 2007)</p>	

Fonte: Site da Agência Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/lista-de-noticias>

A produção normativa do Ministério da Saúde

Em contraste com a perspectiva sistêmica das declarações do Ministro da Saúde, a observação das atividades do Ministério da Saúde por outro registro, a legislação - considerando as portarias da Secretaria de Atenção de Atenção (SAS) e do Gabinete do Ministro (GM) - sugere a irredutibilidade da lógica de fragmentação da atenção à saúde. As decisões do Ministério da Saúde, traduzidas em portarias, selecionadas no período semelhante àquele definido para a coleta de notícias sobre o MS na imprensa (expostas nos Quadros 1 e 2), expressam a predominância de uma racionalidade administrativa ativada por engrenagens distantes dos problemas cotidianos de saúde da população. A maior parte das portarias sinaliza o desfecho do processamento de solicitações individualizadas, embora uma parcela trate de cumprimento do Pacto de Gestão, isto é, de homologações das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

As 223 portarias da SAS e do Gabinete do Ministro emitidas em dois meses englobam uma imensa variedade de subtemas. A miríade de objetivos, os diferenciais de escala das normas, o uso do jargão técnico para denominar os objetos e definir os fluxos de recursos financeiros, que subjazem às deliberações legais, indicam por um lado a centralidade do Ministério da Saúde nas relações com os estabelecimentos de saúde e com as secretarias de saúde. Por outro lado, deixam transparecer as tensões entre a centralização e descentralização, no que concerne às atribuições assistenciais, e as idas e vindas dos critérios de repasse de recursos segundo critérios populacionais epidemiológicos *vis-à-vis* àqueles baseados na oferta de recursos.

A despeito das decisões do Ministério não se referirem diretamente às demandas de necessidades assistenciais imediatas, possuem extrema relevância para efeitos da organização das redes assistenciais e circuitos financeiros que se estabelecem e renovam. Entre as decisões emanadas do MS (Quadros 2 e 3), situam-se desde o aumento dos tetos para média e alta complexidade de diversas unidades da federação, até a autorização da assistência para trezentos indivíduos (próteses auditivas de um determinado município). A maior parte dessas determinações acompanha-se pela designação de um montante de recursos financeiros. Em função das distintas dimensões assistenciais abrangidas por cada portaria, esses valores de repasse são bastante díspares: varia-

ram de aproximadamente R\$ 20 mil, R\$ 420 mil a cerca de R\$ 80 milhões. Em conjunto, tais normas referentes a ações mais ou menos abrangentes em termos assistenciais e recursos financeiros compõem uma agenda administrativa bastante complexa. Como se sabe, a construção dos alicerces intergovernamentais e convencionais do SUS tem sido permeada por disputas políticas e pelo escrutínio técnico-burocrático. Tal equilíbrio instável, porém suficientemente robusto e flexível, facultou, até os dias atuais, o aprimoramento das relações e os mecanismos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos entes subnacionais.

Mesmo que a produção de normas do Ministério da Saúde seja inteiramente compatível com parte dos compromissos anunciados pelo Ministro da Saúde, estes últimos conformam um espectro muito mais amplo de proposições do que aquele obtido a partir da síntese das decisões ministeriais. As portarias do Ministério da Saúde respondem pela efetivação de uma parte do programa de trabalho: a implementação do Pacto de Gestão e a luta por obtenção de mais recursos - consubstanciada no descontingenciamento do orçamento do MS.

Pode-se dizer que a agenda do Ministro contém a do Ministério da Saúde. Mas, a produção normativa do Ministério da Saúde, voltada a requerimentos internos ao modo de produção e distribuição de recursos atualmente disponíveis, ou passíveis de serem dispostos ao SUS, não reflete ainda a ampliação dos horizontes de atuação setorial e intersetorial da saúde. Obviamente, nem todos os pontos do programa de trabalho do Ministro serão plasmados como normas legais, em particular como portarias do Ministério da Saúde. Certamente, a viabilização de algumas diretrizes anunciadas pelo Ministro Temporário exige o debate, a elaboração e aprovação de instrumentos legais pelo Congresso Nacional.

Seria precipitado e incorreto, especialmente com base num recorte temporal tão restrito e sem levar em conta o restante das normas, afirmar a existência de eventuais descompassos entre a agenda anunciada pelo Ministro da Saúde e a produção normativa do Ministério da Saúde. Tampouco, é plausível supor que mudanças sistêmicas sejam levadas à frente deixando intacto um *modus operandi* adverso às ações interdisciplinares e intersetoriais, que dificulta a atuação conjunta, inclusive entre suas secretarias e instituições como a Funasa, ANS e a Anvisa. As avaliações sobre o modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90⁸ e durante

o primeiro mandato do Presidente Lula⁹ acen-
tam os graves problemas da ausência de um
planejamento integrado do conjunto da políti-
ca nacional de saúde e o impacto negativo do
acionamento de estratégias pragmáticas e ime-
diatistas em detrimento dos projetos estru-
-

rantes de longo prazo e alcance. Portanto, o
tejamento dos compromissos da agenda pro-
posta pelo Ministro Temporão com a legisla-
ção produzida pode contribuir para subsidiar ava-
liações futuras sobre o andamento da amplia-
ção da agenda da saúde.

Quadro 2. Portarias do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, agosto e setembro de 2007.

SAS	Objeto	Nº
Unidades e Serviços de Saúde		
Alteração/ Cadastramento/ Autorização/ Renovação da Autorização/ Reclassificação/ Qualificação	Leitos de UTI, Banco de tecido ocular/Retirada e transplante de coração/Transplante de tecidos oculares/Busca ativa e captação de múltiplos órgãos e tecidos/Transplante de tecidos oculares/Enxerto de tecido ocular humano/Atenção à saúde auditiva na alta complexidade/ Centros de atenção psicossocial/alta complexidade cardiovascular/Cirurgia bariátrica/Retirada de músculos esqueléticos/Exames de histocompatibilidade/Serviço de nefrologia/ Programa Nacional de Triagem Neonatal/SAMU 192/ Amigo da Criança/Neurocirurgia/Definição de unidade de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave/Alta complexidade em oncologia/Assistência a queimados (alta complexidade)/Alta complexidade vascular	43
Exclusão/Redução de leitos/ Não obtenção de pontuação mínima	Referência em oftalmologia/Redução de leitos de psiquiatria/ Desabilitação de serviço de nefrologia/Resultados dos hospitais psiquiátricos que não obtiveram pontuação mínima	4
Prorrogação de prazo para credenciamento	Serviços de terapia nutricional, traumatologia-ortopedia e atenção ao portador de doença neurológica	1
Regime de atendimento	Hospital-dia	3
Estados e municípios	Habilitação fase II de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal	1
Equipes de saúde		
Transplantes	Inclusão, substituição e exclusão de profissionais de equipes de transplantes de rins Autorização de equipes para a retirada e transplante de coração	12
Recursos financeiros		
Limites financeiros (tetos)	Remanejamento do limite da média e alta complexidade para a parcela sob gestão estadual (Franca, SP) Remanejamento do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade hospitalar sob gestão estadual (Bahia, São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro)	7
Tabela do SUS	Inclusão, ressecção endoscópica de próstata/ Alteração dos procedimentos/ Cirurgia bariátrica	2
Conteúdos assistenciais		
Condutas/Rotinas/ Protocolos e diretrizes terapêuticas	Diretrizes para a iodoterapia do carcinoma diferenciado de tireóide/ Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos/Síndrome de Guillain-Barré	3
Retificação		3
Total		80

Quadro 3. Portarias do Ministério da Saúde (Gabinete do Ministro), agosto e setembro de 2007.

GM (Gabinete do Ministro)	Objeto	Nº
Estados e municípios		
Limites (tetos) financeiros globais e termos de compromisso de gestão/ Repasse de recursos	Incorporação de recursos ao teto da média e alta complexidade do estado de PE/ Idem AL, idem PA, idem RJ, idem BA, idem AM, idem ES, idem GO, idem SP, idem DF, idem MT, idem PB, idem SC/ Repasse dos recursos do componente vigilância sanitária (recursos FNS e Anvisa, UFs e municípios)/Homologa os termos de compromisso de gestão e os termos dos limites financeiros globais de municípios de MS e de municípios do PR e SC, idem para as UFs AL, CE, MS, RS/ Incorporação de recursos ao teto - atenção oncológica (SC)	19
Qualificação/ Habilitação para o recebimento de recursos financeiros	Implementação de complexos reguladores TO e dois municípios, idem GO e seis municípios, idem BA e oito municípios, idem AP e um município, idem MA e um município/Programa Nacional HIV/AIDS e outras DST idem dois municípios MG, idem um município MG, idem um município MA, idem AL e dois municípios, idem um município BA)/ SAMU 192 (um município AC), idem (um município MT), idem (um município SP)/ “De volta para casa” (vinte municípios de diversas UFs)/ Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (dois municípios SP e dois AL)/ CEO (diversas UFs e municípios)/Alteração da classificação CEO (um município)/ Habilitação de laboratórios nacionais de próteses dentárias (um município RN)	18
Remanejamento/ Alteração da forma de repasse de recursos financeiros	Custeio do SAMU 192 (um município SP)/Custeio dos medicamentos dos grupos de hipertensão e diabetes e asma e rinite (um município AP), idem (um município CE) / Incentivo à assistência farmacêutica básica (um município AP, idem um município CE), idem um município RS)	6
Autorização de repasse/ Transferência suplementar	Programação da capacitação de pessoal para ações de controle da dengue (PA)/ Fortalecimento da vigilância em saúde (diversas UFs e municípios com teto bloqueado para vigilância em saúde)/ Práticas corporais e atividades físicas (dois municípios - um AC e um RS)/ Núcleo de prevenção das violências e promoção da saúde (dois municípios - um AC e um SP)/ Adequação de espaço físico para instalação de unidade do programa farmácia popular (um município SP)/ Adequação da área física da central de regulação médica de urgência (um município GO)	6
Credenciamento	Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família em municípios (seis municípios SP, idem 74 municípios diversas UFs)/ Incentivo às ações de saúde bucal (quatro municípios SP) (284 municípios de diversas UFs)	4
Suspensão de credenciamento	Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (um município SP)/ Irregularidades no cadastro de profissionais no SIAB (99 municípios de diversas UFs)	2
Projetos/Campanhas de acesso a procedimentos médico-assistenciais	Cirurgia eletiva de média complexidade no estado de Santa Catarina; Cirurgia eletiva de média complexidade (municípios de MG, RJ, SP, RR, CE, PI, RO, GO, PE, MA, RN, MS, PR, MT)	46

continua

Quadro 3. continuação

GM (Gabinete do Ministro)	Objeto	Nº
Estabelecimentos de Saúde		
Hospitais	Prorrogação dos prazos de validade do Certificado de Unidades Hospitalares como hospitais de ensino/Efetivação de créditos do Sistema Único de Saúde a hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação (um BA)/ Recursos a serem incorporados ao teto – expansão da capacidade instalada (um universitário RS), um universitário BA, idem alta complexidade vascular (um filantrópico SC), idem (um filantrópico PB)/ Inclusão de um hospital filantrópico na Rede SUS (CE)/Recursos para os hospitais de referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (um hospital SE, dois hospitais (BA), um hospital GO, um hospital MT, um hospital SP)/ Remanejamento do FAEC (um hospital filantrópico RS), idem (um hospital filantrópico PE) / Idem referente ao incentivo à assistência ambulatorial e hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena - hospitais filantrópicos (quatro PE, dois PR, um CE, um SP) e hospital de ensino (dois AM), idem hospitais de ensino públicos e privados AM, idem um hospital universitário PR/ idem hospital escola MG, idem um hospital filantrópico CE/ idem hospitais filantrópicos um AP, um AL, dois CE, um MG, quatro RS e um SP, idem hospitais filantrópicos cinco CE, três ES, nove RS, e dois PA, um PR / Exclusão de um hospital da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (TO)	19
Profissionais de Saúde		
Educação permanente	Diretrizes do Programa de Educação Permanente do Ministério da Saúde/ Repasse de recursos para realização das capacitações aprovadas nos Planos de Vigilância em Saúde dos estados do Projeto Vigisus II (várias UFs)	2
Pacientes/ portadores de deficiências		
Próteses auditivas	Redefinição da quantidade de atendimentos (um município RJ)	1
Temas administrativos/eventos/comissões de trabalho		
Nacionais	Aprovação do regimento da 13ª Conferência Nacional de Saúde	1
Não exigência de adesão ao pacto pela saúde	Incentivo destinado à implementação de complexos reguladores/Ações de estruturação e qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde	2
Idoso	Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa – Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS) MS e MDS	1
Vigilância epidemiológica	Regulamento MERCOSUL de vigilância epidemiológica e controle de surtos	1
Carreiras, cargos e salários do SUS	Comissão para elaboração/reformulação (composta por representantes de instituições do SUS)	1
Alteração de redação	Portaria interministerial (tabela de composição de alimentos) MS e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ Redefine competências da Procuradoria Federal da Funasa	2
Delegação de competências	À Secretária-Executiva, competência para efetuar a modificação das dotações das unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, aprovadas na Lei Orçamentária de 2007 e créditos adicionais/ Aos Secretários do MS, para formalizar e assinar termos de doação de materiais e equipamentos	2
Prorrogação de prazo	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras)	1
Dotação orçamentária	Ajuste das dotações orçamentárias aprovadas na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2007.	1
Outros		8
Total		143

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/>

Prioridades do CONASS e do CONASEMS

As pautas de trabalho do CONASS e do CONASEMS caracterizam-se pela clareza na enunciação dos temas priorizados e detalhamento das estratégias de ação. Seus documentos - "Prioridades do CONASS"¹⁰, "Teses do CONASS para a 13ª Conferência Nacional de Saúde"¹¹ e "Carta de Joinville do CONASEMS"¹² e "CONASEMS: Teses e Plano de Ação 2006-2007"¹³ exprimem as disposições dos atuais gestores estaduais e municipais para melhorar as condições de saúde e organizar as redes de atenção. Os elementos consensuais dessas agendas - 1) a demanda por mais recursos financeiros para a saúde e pela observância, por parte do Ministério da Saúde, de critérios previamente negociados com as esferas subnacionais de governo; 2) os alertas sobre os limites do funcionamento de programas, unidades e redes de serviços de saúde, baseados em dispositivos *ad hoc* de convocação e contratação de profissionais de saúde; 3) o debate sobre o modelo de atenção à saúde, lastreado no discurso sobre a centralidade da atenção primária/atenção básica - norteiam a atuação dos secretários de saúde nos fóruns de debate e instâncias de deliberação nacionais, estaduais e municipais. A par da presença do CONASS e CONASEMS no debate e formulação de alternativas dos reconhecidos nós críticos do SUS, observa-se ainda a inclusão, em suas agendas, de subtemas, como: assistência farmacêutica; implementação do Pacto pela Saúde; ciência, tecnologia e formação de recursos humanos; participação social; informação; modelos de gestão. O sotaque regional e local que impregna cada uma dessas prioridades potencializa a influência do CONASS e do CONASEMS na definição da agenda pública da saúde (Quadros 4 e 5).

Além das prioridades explicitadas sobre o desenho e desempenho das políticas de saúde, outras inquietações com a estrutura federativa perpassam o discurso dos atuais presidentes do CONASS e CONASEMS. No rescaldo das consequências do denominado federalismo compartimentalizado¹⁴, os representantes dos secretários de saúde, considerando a imprescindibilidade da coordenação entre os níveis de governo, manifestam suas apreensões com os excessos de padronização das políticas de saúde e a inadequação de uma fórmula única à diversidade do país.

As associações entre as desigualdades sociais e as disparidades regionais são contempladas pelo Presidente do CONASS, Osmar Terra ao perfilar entre suas as tarefas [...] **dar uma atenção especial**

à Amazônia Legal; o fortalecimento das Secretarias de Saúde; a implementação do Pacto pela Saúde; além da criação do plano de carreira em todos os níveis do Sistema Único de Saúde. E afirmar que **o CONASS não irá recuar em nada do que avançou. [Caminharemos] ao CONASEMS e ao Ministério, sendo um grande alicerce, um pilar fundamental para a construção do SUS⁵.**

O mesmo sentido de necessidade de aperfeiçoamento das relações intergovernamentais pode ser depreendido do discurso do Presidente do CONASEMS Helvécio Miranda Magalhães Jr., que aduz à demanda por mais recursos financeiros para a saúde uma proposta de alteração de formas de remuneração e sua destinação: **É necessário dar consequência ao discurso do pacto, como nova e mais avançada forma de gerir o SUS, com a alocação de todos os recursos disponíveis na sua viabilização, em todo e qualquer ato, especialmente do Ministério da Saúde, pelo seu peso de indução de políticas e de capacidade de mobilização de recursos. [...] defendemos que todos os novos recursos disponíveis sejam debatidos e pactuados nas nossas instâncias legais, abrindo e publicizando os orçamentos do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios. [...] lembrando que novos recursos no nosso entender não são sinônimos de reajuste de tabela e recursos para a alta complexidade. É preciso avançar na qualificação da atenção básica, resolvendo, por exemplo, definitivamente a sustentabilidade financeira do PSF nos municípios com menos de 20.000 habitantes, na construção de redes com lógica sistêmica e na promoção à saúde, o que exige recomposição dos tetos financeiros dos Estados e Municípios¹⁶.**

Em comparação com as conjunturas centralizadoras, nas quais o papel do governo federal foi sempre muito destacado, mas não suficiente para direcionar esforços para propiciar a universalização do direito, a importância das secretarias de saúde para a articulação do SUS é notória. O CONASS e o CONASEMS emergiram e se consolidaram no processo de redemocratização. Como seus legítimos herdeiros, suas agendas respondem, precipuamente, aos problemas candentes da administração pública da saúde nas esferas estaduais e municipais, cujos dirigentes estão permanentemente expostos às contradições entre a formalização do direito à saúde e sua real efetivação.

O teor inerentemente executivo e pragmático e a busca do consenso, marcantes nas agendas do CONASS e do CONASEMS, tornam secundárias ou subordinadas aos problemas imediatos a abordagem e a problematização de determinados nós críticos da estruturação do federa-

lismo brasileiro. Os desafios antepostos por tendências de recentralização, nacionalização e uniformização das políticas sociais (entre as quais a de saúde), a baixa capacidade tributária da maioria dos municípios brasileiros, a disputa predatória por recursos e a precariedade de suas administrações, o intenso crescimento em termos espaciais, população, complexidade administrativa e problemas sociais de áreas metropolitanas - num contexto, no qual a repartição intergovernamental de recursos estimulou a multiplicação de cidades de menor porte - restringem ainda que indiretamente a efetividade do arranjo federativo na saúde, não ocupam *per se* lugar de des-

taque nas pautas de trabalho dos colegiados de secretários de saúde.

Em conseqüência, a tônica das prioridades do CONASS e o CONASEMS e as estratégias para viabilizá-las orbitam preferencialmente em torno das relações setoriais, especialmente àquelas que dizem respeito à prestação de assistência e cuidados à saúde, e verticalizadas, isto é, entre as instituições públicas de saúde de níveis distintos de governo. Nesse sentido, a arquitetura e a implementação de políticas articuladas e horizontalizadas, intersetoriais parecem não ter adquirido, ainda, nem operacionalidade e nem preponderância nas agendas dos secretários de saúde.

Quadro 4. Prioridades do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), 2007*

Tema/Subtema	Estratégias de ação
Assistência farmacêutica/ Medicamentos de dispensação excepcional	Apoio ao PL do senador Tião Viana/Regulamentação, por ampliação, dos recursos federais para esse programa e dos medicamentos a serem adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde/Aproximação com o poder Judiciário e o Ministério Público com o objetivo de reduzir a judicialização do acesso a esses medicamentos. Superação da fragmentação da assistência farmacêutica no SUS/Elaboração e atualização dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas por parte do Ministério da Saúde. Revisão da composição e valores dos medicamentos na tabela SAI/SUS
Financiamento do SUS	Revisão (incremento) dos limites financeiros federais de estados e municípios com ênfase na área de média complexidade ambulatorial e hospitalar/ Revisão dos valores das tabelas de remuneração do SUS/ Melhoria da alocação de recursos federais do SUS, buscando reduzir as desigualdades regionais/ Regulamentação da EC 29/Aumento dos gastos públicos com saúde e monitoramento da qualidade dos gastos
Atenção primária	Reconhecimento do papel coordenador da atenção primária na estruturação das redes de atenção/Priorização do financiamento e das ações voltadas para a atenção primária, visando garantir a escala e a qualidade adequada de suas ações
Implementação do Pacto pela Saúde	Implementação do Pacto pela Saúde, que deve representar um novo pacto federativo sanitário, estruturado sob a égide da unidade doutrinária e da diversidade operacional, buscando na pactuação a ser estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as melhores soluções para questões como a regulação e a gestão dos serviços de saúde/ Desenvolvimento dos esforços conjuntos no sentido de estimular a realização dos Termos de Compromissos de Gestão de estados e municípios no decorrer do ano de 2007

continua

Quadro 4. continuação

Tema/Subtema	Estratégias de ação
Amazônia Legal	Definir como prioridades para a região: recursos humanos e financiamento; fortalecimento da atenção primária à saúde; e enfrentamento das doenças endêmicas/Elaboração de um projeto de intervenção pautado nessas prioridades e pactuado entre CONASS, Ministério da Saúde e CONASEMS, buscando sua efetiva concretização
Ciência e Tecnologia	Fortalecimento da participação dos estados, contemplando suas heterogeneidades, na definição de linhas prioritárias de pesquisa, no acompanhamento do andamento dos projetos e incorporação dos subsídios das investigações
Gestão do trabalho	O enfrentamento da questão da fixação de recursos humanos nos estados da Amazônia Legal e outros/O enfrentamento da questão do vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde e agentes de endemias (EC-51) e dos demais profissionais do PSF/A implantação da carreira do Sistema Único de Saúde/ Fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde
Participação social/ Controle social	Realização de Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e da 13ª Conferência Nacional de Saúde/Implementação das ouvidorias/ Instituição de critérios de rotatividade dos integrantes dos conselhos de saúde
Alternativas de gerência de unidades próprias	Buscar alternativas de gerência de unidades próprias, visando a uma maior eficiência e qualidade na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde.
Comunicação social	Implementar projetos e ações para informar à população sobre os direitos à saúde e a respeito do SUS
Informação e Informática	Dar conseqüência à proposta e implantação do Cartão SUS/Unificar a coleta de dados nas unidades assistenciais para viabilizar o uso de indicadores padronizados/Incentivar o uso de software livre
Modelo de atenção	Organização de redes de atenção à saúde, fortalecer a atenção primária/ Fortalecer os sistema de apoio diagnóstico e de assistência farmacêutica
Pacto pela Saúde	Criar câmaras de compensação interestadual para apoiar e aprimorar o fluxo de pacientes entre estados, implantar o Pacto pela Saúde/ Fortalecer as Comissões Bipartites/ Apoiar o projeto de Fundação Estatal proposto pelo Governo Federal/Estimular as parcerias com instituições filantrópicas, organizações sociais ou congêneres como alternativas para gerenciar estabelecimentos de saúde
Promoção da Saúde/ Vigilância da Saúde	Articulação intersetorial por meio de parcerias intra e extragovernamentais/ Utilização das informações de morbi-mortalidade e sobre distribuição de riscos à saúde para definir prioridades/ Superação da fragmentação das ações mediante a formulação de políticas públicas saudáveis/Integração das ações de vigilância (epidemiológica, ambiental, sanitária) e de saúde do trabalhador em todos os níveis de governo/ Fortalecimento do processo de descentralização das ações de vigilância à saúde

* O quadro não contempla todas as prioridades, propostas e estratégias dos documentos consultados e algumas proposições foram resumidas.

Fontes: **Consensus**, 2007, Teses do CONASS para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007.

Quadro 5. Prioridades do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 2007.

Tema/Subtema	Estratégias de ação*
Financiamento	Regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080/ Reverter a lógica de investimento por Emendas Parlamentares e construir um Plano Nacional de Investimento/ Assegurar a transferência de recursos fundo a fundo, inclusive dos estados/Rever os valores e da alocação dos recursos federais nos blocos de financiamento do pacto pela saúde/Rever o percentual de 5% do PAB buscando a equidade regional dos repasses/Adotar critérios específicos de alocação de recursos para regiões de vazios assistenciais, tais como fator amazônico, nordestino, regiões metropolitanas, carcerária, pantaneiro, de fronteira, de saúde indígena e financiar os municípios de fronteira para atendimento da população que reside no exterior/ Efetivar financiamento tripartite para os municípios que acolhem assentamentos de agricultores desde sua regularização pelo INCRA/Combater o gerenciamento inadequado dos recursos públicos, de ineficiência e de corrupção nas três esferas de governo
Gestão do SUS	Estimular o debate entre os poderes, especialmente com o judiciário, a respeito das responsabilidades de cada esfera de governo/Buscar articulações com o Poder Judiciário para reduzir a judicialização na saúde/Constituir uma rede de observatórios sobre descentralização e municipalização para o enfrentamento da realidade sanitária/ Desenvolver estratégias de promoção da saúde com ênfase na intersetorialidade/ Adequar os instrumentos de Planejamento e Programação da Assistência a Saúde/ Implementação de redes de alta complexidade, segundo os critérios das instâncias de gestão/Profissionalização e qualificação da gestão dos serviços de saúde/Implementar a Política Nacional de Gestão (incorporação e avaliação) de Tecnologias/Reorientação do funcionamento do DATASUS para a implantação de um sistema de informatização para a gestão e dos complexos reguladores adequado aos municípios/ Efetivação e a agilidade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras dos planos e seguros de saúde/ Incorporação das ações da FUNASA no Pacto de Gestão (saúde indígena e saneamento)/Integração da FUNASA aos núcleos estaduais do MS/Garantir em conjunto com outros setores o desenvolvimento sustentável ao ecossistema pantaneiro/Adequação da política de urgência e emergência das necessidades da região amazônica, inclusive a implementação do resgate aéreo/Descentralização financeira e funcional das vigilâncias e sua integração com a atenção à saúde no âmbito local/ Discutir a política de saneamento e a Política de Saúde Ambiental/Avançar a integração dos sistemas de informação disponíveis, adequando-os às necessidades locais.
Gestão do trabalho e educação na Saúde	Desprecarização do trabalho no SUS/Estudar as contradições e o impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação ao direito à saúde/Desenhar alternativas para enfrentar a insustentabilidade das políticas de saúde em função do limite de gasto com pessoal determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal/Estimular o debate sobre a implementação da carreira no âmbito do SUS/Realizar processos de educação permanente, tendo como público-alvo profissionais de saúde e de outros setores (mídia, Ministério Público, etc.)/Exigir a formação na graduação e pós- graduação de profissionais que atendam as necessidades do SUS/Fortalecer a política de integração ensino e serviço/Definir o papel das residências multiprofissionais na formação dos profissionais de saúde, suas áreas de atuação e quantitativo de profissionais a serem formados de acordo com as necessidades regionais/Exigir a participação do CONASEMS na CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica)/Defender a implantação de uma política de serviço civil obrigatório para o SUS/Definir políticas de fixação dos trabalhadores do SUS em áreas específicas (longínquas, fronteiriças, ecológicas) e de regularização da situação funcional dos médicos estrangeiros e/ou formados no exterior/ Incorporar na política de educação permanente as práticas de cuidado e promoção de saúde da população carcerária, indígena, quilombolas, assentados e acampados/Mobilizar o Ministério da Saúde, Casa Civil e Ministério do Planejamento para estabelecer um pacto em torno da solução do problema de contratação de profissionais de saúde da família.

continua

Quadro 5. continuação

Tema/Subtema	Estratégias de ação*
Participação e controle social	Construir processos de democratização das relações entre os atores do SUS, fortalecendo a gestão participativa/Apoiar os movimentos sociais que lutam por direitos sociais e ampliação da cidadania/Garantir financiamento tripartite para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde/Desenvolver estratégias e ações de comunicação social para que se pautem o pacto em defesa do SUS como grande movimento social junto à sociedade/Implementar a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social/Apoiar e fortalecer a educação popular em saúde/Defender e apontar diretrizes sobre o formato das conferências de saúde/Instituir conselhos gestores nas unidades de saúde/Debater o Pacto pela Saúde com os conselhos municipais de saúde e com as câmaras de vereadores
Assistência farmacêutica	Apoio ao PL do senador Tião Viana/Rediscutir os critérios populacionais para a implantação da assistência farmacêutica básica em 100% dos municípios/ Dotar os municípios de autonomia para adquirir medicamentos de atenção básica de acordo com a Rename e a situação epidemiológica local/Garantir que os estados repassem fundo a fundo os recursos para a assistência farmacêutica/ Fortalecer a atuação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos/Implementação da Política de Práticas Integrativas e Complementares ao SUS/Garantir que o financiamento da Farmácia Popular não seja realizado com recursos do SUS
Cultura da paz e não-violência	Sensibilizar para a consolidação da cultura de paz e não-violência como uma importante estratégia de promoção da saúde, implementando uma agenda intersectorial para o enfrentamento da questão da violência/Promover a educação para a paz, envolvendo profissionais e usuários da saúde,incluindo sua prática no cotidiano da atenção à saúde

*O quadro não contempla todas as prioridades, propostas e estratégias dos documentos consultados e algumas proposições foram resumidas. Fontes: *Consensus*, 2007, Teses do CONASS para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007.

A judicialização da saúde

A denominada judicialização da saúde pode ser compreendida como uma das linhas de expansão da fronteira de atuação (controle normativo) do Poder Judiciário nas democracias contemporâneas, inclusive no âmbito internacional, como por exemplo, o “caso Pinochet”. O “ativismo” do Poder Judiciário, cujo substrato é a interpretação de direitos institucionalizados, incide sobre um amplo espectro de atividades políticas, econômicas e sociais. No Brasil, a origem da expansão do poder dos tribunais vincula-se ao texto da Constituição de 1988, que pela primeira vez estabeleceu os fundamentos e os objetivos do Estado. Portanto, a judicialização resulta da interpretação das cortes judiciais sobre as políticas legislativas ou executivas do Estado, interpretações provocadas pela vigência do sistema demo-

crático e sua inerente necessidade de construir, materializar as leis formalizadas¹⁷.

No que diz respeito especificamente à saúde, os embates entre o Poder Executivo, o Poder Judiciário e o Ministério Público refletem e introjetam interesses de agentes ávidos por garantir conquistas e alargar seus espaços de atuação. A partir do final da década de 90, os movimentos sociais e partidos políticos passaram a apostar também na via jurídica para o encaminhamento de suas demandas. E, logo, a alternativa jurídica foi adotada por estabelecimentos e empresas privadas que atuam no setor. Assim, o uso dos tribunais pelos grupos de interesse concorre, por um lado, para afirmar e expandir os direitos constitucionais, e, por outro, para impelir ou impedir alterações ou inovações em curso.

De fato, na saúde, a atuação do Poder Judiciário e do Ministério Público se estendeu para as-

pectos relacionados com o financiamento da saúde, modelos de gestão, problemas trabalhistas, coberturas e preços de planos de saúde. Mas, a judicialização do acesso a medicamentos concentra as principais atenções de autoridades do Poder Executivo e do Poder Legislativo, trazendo consigo polêmicas sobre as incompatibilidades entre as dimensões coletiva e individual do direito à saúde. Grosso modo, os que situam os direitos individuais no mesmo patamar dos coletivos contrapõem-se àqueles que terminam por conceder aos direitos sociais o estatuto de reserva do possível.

Sob um enfoque mais pragmático, argumenta-se que os direitos que pressupõem um gasto seletivo dos valores arrecadados dos contribuintes não devem ser julgados de maneira unilateral pelo Judiciário, uma vez que suas conseqüências orçamentárias afetam outras instituições públicas. Por outro lado, diante da permanente escassez de recursos e da natureza dos tribunais, voltados à resolução de um dado conflito e à garantia de extensão de direitos para setores menos integrados da sociedade e não ao equilíbrio de interesses e valores da maioria - atribuições típicas de outros poderes republicanos, especialmente o Poder Legislativo - pode-se supor que essas decisões alocativas sejam razoavelmente previsíveis.

O que chama a atenção do Poder Executivo e do Poder Legislativo é a elevação acelerada dos gastos públicos com medicamentos, obtidos por sentenças judiciais. Especialmente, a sobrevalorização dos meios judiciais para assegurar, por vezes, o acesso a medicamentos de eficácia duvidosa, não comprovada. Diante, de evidências sobre o uso dos tribunais como uma porta de entrada para a comercialização pouco criteriosa de recursos terapêuticos caros e ineficazes, a disjuntiva individual/coletivo assume proporções alarmantes. Mas, o desfecho das tensões entre os dirigentes das instituições públicas de saúde e magistrados não parece próximo do fim.

Enquanto os integrantes do Ministério da Saúde divulgam que os gastos com o acesso a medicamentos via ações judiciais atinge cerca de R\$ 25 milhões e os dos estados R\$ 500 milhões (só São Paulo gastaria R\$ 300 milhões), o Presidente da AMB (Associação dos Magistrados Brasileiros), Rodrigo Collaço, afirma que a política de saúde é notoriamente deficiente e que "as pessoas que recorrem ao Judiciário só o fazem porque não obtiveram o tratamento que a Constituição assegura para todo cidadão. Assim, o Poder Judiciário estaria suprindo falhas das políticas de saúde que são 'muito ruins'"¹⁸. Paralela-

mente, os dissensos acerca da indicação de determinados procedimentos entre os profissionais de saúde dificultam as decisões dos magistrados.

As diferentes abordagens da teoria do direito e as divergências sobre a correção das decisões perante demandas individualizadas, que afetam a vida, resultam em pronunciamentos não uniformes. A solicitação os custos do tratamento para três menores portadores de distrofia muscular de Duchenne, no final dos anos 90, foi sancionada por um tribunal estadual de justiça e negada em outra unidade da federação¹⁹. Contudo, os estudos sobre tendências dos tribunais e até a respeito dos temas de saúde tratados pelo Poder Judiciário são pouco freqüentes. As expectativas de resolução dos problemas da judicialização de coberturas a serviços e procedimentos de saúde confluem em torno dos esforços para a elaboração e promulgação de leis.

De todo modo, é interessante assinalar a variedade de demandas da saúde que acorrem aos tribunais, ainda que o escopo do presente trabalho não comporte a investigação das possíveis divergências, discrepâncias geradas pela jurisprudência e seus fundamentos. Um breve levantamento dos problemas de saúde tratados por instâncias recursais como o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) (utilizando o termo saúde como palavra-chave) descortina o leque diversificado de litígios demandados à justiça.

Entre os 29 processos identificados no Supremo Tribunal Federal (STF), entre 13/02 e 18/02 de 2007, constam: oito relacionados a pendências trabalhistas envolvendo profissionais, serviços de saúde (SESI, Fundação Municipal de Saúde do Município de Niterói, Fundação Nacional de Saúde do Estado da Bahia, Fundação Nacional de Saúde, Sindicato dos Trabalhadores Federais da Previdência, Saúde e Trabalho do Rio Grande do Norte, Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal em Santa Catarina; Autarquia Municipal de Saúde); quatro relativos à negação de cobertura por empresa de plano ou seguro de saúde (Hapvida, Golden Cross, Bradesco, Sul América); três a respeito da obrigatoriedade da contribuição para o fundo de saúde dos militares; três concernentes à cobrança da taxa de saúde suplementar pela ANS (Unimed de Montes Claros, Unimed Campina Grande, Federação Intrafederativa Regional das Unimeds da Zona da Mata Mineira); três contendo questionamentos sobre a inconstitucionalidade da lei de criação do Conselho Estadual de Controle e Fiscalização do Sangue pela

Assembléia Legislativa de São Paulo, sobre a lei que obriga a realização de exames de sangue de servidores estaduais aprovada pela Assembléia Legislativa de São Paulo e a respeito da lei 9.637/98, que trata das organizações sociais; um sobre aumento da mensalidade de plano de saúde (Golden Cross); um referente à cobertura de plano de saúde de empresas empregadoras (Philips da Amazônia Indústria Eletrônica LTDA); um relativo a fornecimento de medicamentos (Rubimed Comércio de Medicamentos e Autarquia Municipal de Saúde – PR); um sobre a suspensão de credenciamento e repasse de recursos para estabelecimento de saúde (Santa Casa de Misericórdia do Estado do Acre); um a respeito do curso superior de tecnologia em optometria perante atividades que seriam privativas do médico oftalmologista; um abrangendo a controvérsia entre o médico perito e o médico particular sobre prisão domiciliar para paciente e seis processos relacionados com outros temas.

Utilizando como palavra-chave o termo medicamento, localizam-se cinco processos que tramitaram no STF em 2007, entre 15/09 e 06/02. Sendo um desses referente ao pagamento de contribuições sociais da empresa Drogacenter Distribuidora de Medicamentos e um a tráfico internacional de medicamentos com propriedades entorpecentes. Os demais processos trataram do fornecimento de medicamentos para pacientes.

No Supremo Tribunal de Justiça (STJ), a busca de processos com o termo saúde, considerando os julgamentos transcorridos nos meses de se-

tembro e agosto de 2007, fornece 66 registros. Cerca de 30% referiram-se, na origem, a problemas envolvendo o fornecimento de medicamentos. Em ordem de frequência, os outros subtemas dizem respeito à correção de valores de tabelas, situação tributária de estabelecimentos de saúde e problemas afeitos à regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde. Registra-se ainda a utilização do Poder Judiciário para dirimir divergências sobre as coberturas do sistema público de saúde e outras pendências de natureza administrativa e assistencial (Quadro 6).

As informações sobre os temas abordados pelos processos relativos à saúde em instâncias recursais evidenciam a afluência de diversos segmentos sociais aos tribunais, entre os quais, estabelecimentos de saúde, empresas de planos e seguros de saúde e sindicatos de trabalhadores. Com isso, as solicitações individualizadas conjugam-se ao acionamento do Poder Judiciário por instituições da esfera privada ou do movimento social que vocalizam demandas coletivas. Conseqüentemente, as interpretações sobre o processo de judicialização da saúde exigem a recusa de simplificações sobre a polarização individual/coletivo. A disposição do Poder Judiciário para interpretar a Constituição e o resgate da força do Direito entrelaçam-se com a efetividade da democracia. Por essa razão, é preciso ampliar o círculo de decisores, de intérpretes da Constituição, para conferir responsabilidade democrática às decisões que envolvem a efetivação da cidadania e o direito à saúde e à vida.

Quadro 6. Processos sobre saúde no Supremo Tribunal de Justiça (agosto e setembro de 2007), segundo subtemas.

Subtemas	Características dos envolvidos	Nº
Fornecimento de medicamentos	Entre os quais estão discriminados pacientes com hepatite C, paciente com HIV/AIDS; aquisição de insulina Lantus; aquisição de Teriparatida-Forteo; tratamento de glaucoma +1	18
Correção de preços da tabela SUS (Conversão da URV para o Real)	Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino ao Rio Grande/ Laboratório de Análises Clínicas Dr José Anacleto Ferreira LTDA e outros/ Policlínica de Pato Branco e outros/Nefrusa (Serviços Nefrológicos Fiuza Chaves LTDA)/um não identificado	6
Redução da alíquota do imposto de renda (reconhecimento da natureza hospitalar do estabelecimento para fins da redução do imposto devido)	Happy Birthday Clínica Obstétrica e Ginecológica de Ultrassonografia LTDA/ Clínica Cordoni LTDA/Ultramater S/C/Serviços Radiológicos/SANDI/ Laboratório Falch Pesquisas e Análises Clínicas LTDA/Debra Center Centro Médico Empresarial LTDA	6

continua

Quadro 6. continuação

Subtemas	Características dos envolvidos	Nº
Ressarcimento ao SUS (TUNEP)	Master Saúde/ Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto/ Comunidade Evangélica Luterana de SP/ Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba/ HB Saúde (inscrição no Cadim)	5
Cobertura SUS	Tratamento psicológico/ Internação em UTI/ Cirurgia de obesidade mórbida/ Fornecimento de leite especial	5
Cobertura de plano de saúde	Golden Cross (limitação do tempo de internação)/ Unimed Porto Alegre (exame de ressonância nuclear magnética)/ Golden Cross (cirurgia)/ Brasdesco (internação durante o período de carência)	4
Habeas corpus	Estado de saúde do preso/ paciente	3
Cobrança da taxa de saúde suplementar	Unimed de Alfenas/Unimed Formiga	2
Fornecimento de leite especial	VMI Indústria e Comércio (fornecimento de equipamentos de RX sem licença da ANVISA)/ Drogeria com responsável técnico registrado no CRF	2
Autorização para funcionamento	Poluição de bacia hidrográfica/ Ministério Público do Paraná/ Captação e distribuição de água por autarquia	2
Dano ao meio ambiente	Hospital São Lucas de Pato Branco LTDA e outros	2
Recomposição de 15% da tabela do SUS (Resolução CNS 175/95)	Lorenzetti e Unimed de Curitiba	1
Cobrança de mensalidade de plano de saúde	Real Hospital de Beneficência de Pernambuco	1
Certificado de filantropia	Instituto de Previdência e Saúde do Estado de Minas Gerais	1
Pagamento de contribuição de assistência à saúde	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro	1
Falta de estrutura e condições de trabalho de serviços públicos	Despesas de alimentação de menor e seu acompanhante na vigência de tratamento médico (transplante de medula)	1
Despesas com deslocamento	Para custear tratamento de saúde	1
Levantamento do FGTS e PIS	Pendências trabalhistas, problemas de segurança	1
Outros		6
Total		66

Fonte: Supremo Tribunal de Justiça, 2007.

A saúde no parlamento: proposições e propositores

No período de crise-abertura política do regime militar até a aprovação da Constituição em 1988, o diálogo com parlamentares e partidos políti-

cos integrou as diversas estratégias para ocupar espaços de divulgação, debate e consolidação das bases jurídico-legais e técnicas de um novo sistema nacional de saúde. Posteriormente, a proximidade com as instituições propriamente políticas (partidos e parlamento) que marcou a fun-

dação e consolidação do Movimento Sanitário cedeu vez às preocupações com a engenharia institucional do sistema. Para uns, passado o ciclo de embates no plano político-formal, a ênfase nos temas e trâmites afetos ao Poder Executivo, especialmente da esfera federal, justificar-se-ia em função da importância de suas instituições e normas para a implementação do SUS. Para outros, entretanto, o fato de a política pública ser apresentada, quase que exclusivamente, como ação de governo gerida pelo Executivo, é um dos sinais de despolitização do debate sobre a saúde.

De todo modo, grande parte das medidas sobre o SUS tomadas inclusive após a Constituição de 88 tem sido objeto de alguma manifestação do Legislativo. Além disso, a par da produção legislativa típica, é amplamente reconhecido o papel dos parlamentares na resistência às sucessivas investidas para descaracterizar e restringir o orçamento da saúde. A insistência, no momento, das Leis de Diretrizes Orçamentárias, em considerar como recursos da saúde juros, despesas com inativos, o programa de combate à pobreza, entre outros, não se concretizou por força da mobilização de movimentos sociais e da Frente Parlamentar da Saúde. A despeito dessas constatações, verifica-se que os temas emanados do Poder Executivo e, em especial, de certos órgãos do Ministério da Saúde, como as normas sobre repasses de recursos, nomeações e definição de investimentos, praticamente monopolizam o debate corrente sobre as políticas de saúde.

É importante assinalar que o padrão analítico centrado quase que exclusivamente no Executivo, enquanto instância decisória que dita os rumos das políticas públicas, não é uma prerrogativa da área da saúde. Pondera-se que o protagonismo do Poder Executivo na engenharia institucional republicana, especialmente a partir dos anos 30, foi sempre tão notório que fica a impressão de que suas instituições encarnam o Estado²⁰. Subjacente à noção de Estado, estaria a figura do Poder Executivo, do qual se originam todas as relações, inclusive aquelas que se estabelecem com os demais poderes e com a sociedade. Não é por menos que teses baseadas na debilidade e instabilidade das instituições da democracia representativa e da sociedade civil encontram tanta ressonância nos fóruns de debate e difusão de análises sobre a formação social brasileira. Os argumentos sobre a inocuidade da ação, inoperância e as denúncias de corrupção de integrantes do Congresso Nacional contribuem para difundir e reiterar os altos índices de impopularidade do Poder Legislativo.

Os efeitos agregados da organização, composição e divisão de atribuições entre o Poder Legislativo e Poder Executivo incidem sobre a origem da legislação. A maioria das leis aprovadas provém do Executivo. A produção legislativa da saúde espelha a preponderância do Executivo. No período entre março de 2006 e setembro de 2007, contabilizam-se, considerando a legislação de interesse da saúde, 25 matérias de autoria do Poder Executivo e 15 do Legislativo²¹. Observa-se certa tendência de subespecialização dos temas objeto do Poder Executivo e daqueles apresentados pelo Legislativo. Nesse intervalo de tempo, as proposições de autoria do Poder Executivo versaram, entre outros assuntos, sobre a criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, fracionamento de medicamentos, Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Política Nacional sobre o Álcool, quebra do licenciamento do efavirenz. Simultaneamente, a legislação sobre saúde, aprovada a partir de iniciativas do Congresso Nacional, abrangeu: a criação do Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla; o Dia Nacional de Combate à Psoríase; a distribuição gratuita de medicamentos e insumos para portadores de diabetes; criação do Dia Nacional dos Ostomizados; regulamentação da alimentação para lactentes e crianças; alteração dos critérios para permissão de remoção de órgão e tecidos de doadores; aprovação de textos de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre saúde e segurança na construção e nas minas e a Lei do Saneamento. Parte da legislação aprovada, como por exemplo, a regulamentação do exercício de profissionais de saúde, autorização de transferência de recursos para a Organização Mundial de Saúde para viabilizar a compra de medicamentos e a concessão de pensão às pessoas portadoras de hanseníase submetidas a isolamento compulsório, recebeu aportes do Legislativo e do Executivo.

Essa inclinação do Legislativo em favor de demandas de segmentos populacionais definidos por atributos específicos ao lado do debate e elaboração de leis de interesse geral admite diferentes interpretações. A criação de dias dedicados a portadores de patologias tem sido encarada ora como um sintoma da hesitação sobre efetividade da universalização pretendida pelo SUS, ora como expressão da capacidade de absorver e até antecipar a diversificação das necessidades e interesses da sociedade brasileira. Tais questionamentos adquirem outros matizes, à luz dos temas tratados pelos projetos de lei de autoria dos integrantes do Congresso Nacional.

Os temas abordados pelo Legislativo (Quadro 7) têm em comum a concentração em torno dos problemas de cobertura e o fato de não recortarem o espectro ideológico e partidário de forma tradicional. Há um amplo consenso em relação à legislação sobre a distribuição gratuita de medicamentos, regulamentação da doação de órgãos, etc. O teor cívico e a natureza incremental das proposições do Legislativo contrastam com os projetos encaminhados pelo Executivo, mais voltados à implementação de projetos estruturantes no sistema de saúde.

Nesse momento, o Congresso Nacional concentra-se no debate sobre a regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional e a aprovação da CPMF. O reequilíbrio das relações entre o Poder Executivo e Legislativo, envolto por uma atmosfera que mescla as expectativas sobre o futuro do sistema de saúde brasileiro ao temor dos vícios de alocação de recursos materiais e de poder, joga luzes sobre as interfaces entre a Reforma Sanitária, a Reforma Tributária e a Reforma Política, que estão desarticuladas na agenda do Legislativo e do Executivo.

Quadro 7. Proposições e propositores – projetos de lei sobre saúde apresentados ao Congresso Nacional entre julho e setembro de 2007.

Subtemas	Proposição	Propositor
Coberturas do sistema público	Programa suplementar de saúde, material escolar, alimentação e transporte para alunos do ensino fundamental da rede pública	PT/MG e PR/PR6
	Alimentação diferenciada para crianças e adolescentes diabéticos e hipertensos	PTdoB/RJ
	Abono do dia de trabalho no dia de vacinação para servidor público	PMDB/PB
	Obrigatoriedade da vacina para meningite C e pneumococo	PP/MG
	Benefício ao doador de órgãos	PTB/CE
	Exame de DNA gratuito	PV/RO
	Cirurgia reparadora	PSB/PE
	Fornecimento de medicamentos de uso continuado	PSDB/SP
	Aumento do valor do benefício de prestação continuada para pessoa portadora de deficiência	PMN/BA
	Atividades para redução de danos de usuários de drogas	PT/RJ
Informação	Registro Nacional de Saúde Base de dados sobre acidentes de consumo (Sistema Nacional de	PMDB/PB
Valores de repasse de recursos e remuneração do SUS	Controle de Acidentes de Consumo	PTdoB/RJ e PPS/SP
Coberturas de empresas de planos de saúde	Metodologia para reajuste do Piso de Atenção Básica (PAB) e para entidades contratadas e conveniadas	PPS/SC
	Altera o regime de concessão e permissão para a prestação de serviços de saúde (proíbe descontinuidade do atendimento em razão do inadimplente)	PTC/SP
	Proíbe o prazo de carência	PT/PA
	Cobertura para cirurgia de correção de miopia	PTB/SP
Deduções tributárias	Imposto de renda de pessoa física do empregador de despesas de saúde com o empregado	DEM/SP
	Ampliação das despesas com saúde dedutíveis do Imposto de renda	PTB/PB
Profissões e profissionais de saúde	Regulamentação da atividade de parteira Regulamentação do exercício da perfusão cardiocirculatória e respiratória	PSB/APPT/RJ
	Jornada de trinta horas para profissionais de saúde (servidores públicos federais)	PSDB/RJ

continuação

Quadro 7. continuação

Subtemas	Proposição	Propositor
Ambiente	Substituição gradativa de combustíveis derivados do petróleo	PV/SP
Segurança e acidentes	Tratamento e destino de resíduos sólidos e líquidos de indústrias, estabelecimentos laboratoriais e hospitais	PV/BA
	Dia Nacional de Segurança e Saúde nas Escolas	PT/RJ
	Mergulho em águas rasas e armas de fogo	PDT/MG
Alimentos	Proíbe a fabricação de alimentos com gordura hidrogenada	Sem partido/MG
	Controle da oferta e publicidade de alimentos com altos teores de açúcar e gordura trans e bebidas de baixo valor nutritivo	PMDB/MT
Produtos	Proibição do formol em cosméticos	PMDB/MT
Outros	Prioridade para a tramitação de processos de investigação de responsabilidade de unidades e profissionais de saúde	PFL/BA (Senado)
	Fornecimento de perfil profissiográfico para aposentados	PRB/MA
	Obrigatoriedade da disponibilidade de desfibrilador nas unidades do INSS	DEM/SP

Fonte: Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/proposicoes>

Movimentos sociais e a luta pelo direito à saúde

O movimento sanitário organizado ao longo dos anos 60, 70 e 80 contou com o apoio de entidades de profissionais de saúde, de sanitaristas, as quais se somaram aos movimentos de associações de bairro, entidades feministas, entidades estudantis e sindicais. No contexto da oposição ao regime militar, as diretrizes da Reforma Sanitária, entre as quais a criação do SUS, aglutinaram o movimento social e um conjunto de lideranças políticas. Apesar das divergências sobre o grau de estatização dos serviços de saúde manifestadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, naquele momento, os movimentos sociais uniram-se para responder à oposição explícita do setor privado às mudanças no sistema de saúde brasileiro. Agora, à véspera da 13ª Conferência Nacional de Saúde, apresenta-se um cenário diferente, o apoio ao SUS não pode ser retórico.

Com o transcorrer do tempo, o movimento social cresceu, passou a contar com novos atores sociais e desenvolveu novos arranjos de participação social consubstanciados em conferências e conselhos de saúde. Para isto, concorreram, em certa medida, a preservação da estrutura social desigual e fortemente hierarquizada que conspira contra os princípios do SUS, além de diversos outros fatores, tais como a despolitização da sociedade após o fim do regime militar, que fez com

que cada movimento social definisse suas próprias prioridades, o recrudescimento de ações corporativistas favorecido pela reprodução de políticas clientelistas, a queda na mobilização social não apenas como momento de um ciclo de mobilização e desmobilização, mas também pela incorporação de demandas nas políticas públicas e cooptação pelos governos locais e políticas macroeconômicas marcadas pelo neoliberalismo e por efeitos perversos da chamada globalização. A estrutura social extremamente desigual e fortemente hierarquizada implica não apenas uma distribuição desigual de recursos, mas também faz com que uma proposta universalista e igualitária que demande solidariedade não encontre fortes bases na sociedade.

Quando da criação do SUS, trabalhadores de setores de ponto e diversas categorias de funcionários públicos, representados pelo sindicalismo mais combativo, já contavam com planos privados de saúde. Não iriam trocar estes planos por um sistema público de saúde cuja ação é restringida pela falta de recursos, seu escopo largo de ação e uma demanda por serviços que supera a oferta. Além disto, o acesso diferenciado a recursos e benefícios é condizente com uma identidade social que, antes de expressar igualdade, tem como traço identitário diferenciação social. Desta forma, o movimento sindical é atravessado por uma contradição entre concepções ideológicas que postulam direitos sociais para todos baseados em cidadania e interesses corporativos.

No contexto do processo de transição política, o sindicalismo combativo manifestou seu apoio ao movimento sanitário e até hoje continua defendendo direitos sociais igualitários e um sistema público de saúde. O plano de ação desses trabalhadores para a área de saúde, porém, está de fato mais voltado para a saúde do trabalhador, como expressou claramente o líder petroleiro gaúcho, Darcy Beck Filho²², em entrevista para o Portal do Mundo do Trabalho, quando foi integrar em 2006 a executiva nacional da CUT: ***A saúde e a segurança preventiva serão as minhas prioridades, pois nosso país registra um número muito elevado de acidentes nos locais de trabalho, com muitas mortes e mutilações. Nossa luta será para esparramar esta ação sindical pelo país, com uma presença maior dentro das empresas para diminuir radicalmente estes índices***²². Nesta perspectiva, a CUT defendia na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, articulando as áreas do Trabalho, Previdência e Saúde, formulando esta política, porém, de acordo com princípios e diretrizes do SUS, destacando intersectorialidade e controle social. Anteriormente, a 10ª Plenária do Central Única dos Trabalhadores, realizada em 2002²³, aprovava duas resoluções a respeito do SUS. Destas, uma restringia-se a aposentados e pensionistas que muitas vezes não contam mais com planos de saúde através de empresas: “Melhoria do atendimento à saúde pública, principalmente a preventiva, com a participação ativa dos aposentados e pensionistas e em defesa do SUS (Sistema Único de Saúde)²³”, e a outra se referia aos usuários do SUS em geral: “Medicamentos genéricos e baratos, distribuição gratuita aos que se utilizam do Sistema Único de Saúde.” Significativo também é o relatório do 8º Congresso Nacional da CUT-CONCUT, realizado em 2003²⁴, que discute o papel da CUT no governo LULA. Além de referências à saúde no contexto da Seguridade Social, há muitas outras referências à saúde, tanto em termos de investimentos como em termos do acesso a serviços, mas sempre associada a políticas sociais em geral: educação, saúde, habitação, saneamento básico, a realização de ampla reforma agrária, a erradicação do analfabetismo, da fome e da miséria que atingem milhões de famílias brasileiras. Ou restritas à saúde do trabalhador, à qual não é dedicada seção específica neste relatório. O SUS foi apenas mencionado uma única vez, mas no contexto da saúde do trabalhador: ***[...] a CUT deve intensificar políticas em defesa da saúde do trabalhador; fortalecendo a representação dos trabalhadores nas CIPAs, além de***

continuar o debate junto ao governo federal sobre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS (Renast)²³.

Com o avançar da discussão sobre as políticas públicas e os problemas do financiamento do SUS, o SUS recebe mais atenção na agenda da CUT e de outras centrais de trabalhadores. O relatório do 9º CONCUT - Trabalho e Democracia: emprego, renda e direitos para todos os trabalhadores e trabalhadoras, realizado em 2006 com o propósito de definir a Estratégia e o Plano de Ação para a gestão 2006–2009, incluiu no plano de ação a ***Defesa do Sistema Único de Saúde***²⁵, que se desdobra numa série de pontos programáticos:

“A defesa do SUS é questão estratégica para os trabalhadores”. O Sistema Único de Saúde tem como diretrizes básicas a universalidade, a equidade, a igualdade, a descentralização, o financiamento e o controle social. Como, conceitualmente, a política pública de saúde se destina a toda a sociedade, esta é uma de nossas mais importantes conquistas históricas. Nosso desafio é resistir aos ataques que o SUS sofre dos empresários e de seus representantes que estão inseridos no parlamento e no poder executivo, que mercantilizam a saúde e que também atacam a política de saúde pública por meio de terceirizações e parcerias entre os setores público e privado. Os sindicatos precisam se reaproximar da luta em defesa do SUS. É urgente a retomada dessa discussão e o efetivo envolvimento dos sindicatos na defesa do SUS, participando do FOPS (Fórum Popular de Saúde) e dos espaços institucionais de controle social (conferências, conselhos e comissões temáticas). A Central deverá convocar uma conferência de saúde com todos os sindicatos e demais movimentos sociais do campo de esquerda. Lutar junto ao SUS, pela implantação do CEREST (Centro de Referência sobre Saúde do Trabalhador). Engajamento da CUT Nacional e as estaduais pela aprovação da regulamentação da EC 29, PL01/2003 que tramita no Congresso Nacional, que define os critérios para o financiamento do SUS nas três esferas de governo. Implantação/Implementação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em todos os municípios, levando em conta a mulher em toda sua diversidade, além de garantir aos parceiros o acesso aos programas de planejamento familiar, pré-natal e prevenção das DSTs/AIDS. Reivindicação de uma política de saúde voltada para a prevenção do mal de Alzheimer e doenças similares, na defesa da cidadania do doente mental, de sua autonomia e reintegração à família e à sociedade, para que sejam supridas suas reais necessi-

dades em termos materiais, financeiros, psicossociais, de saúde e qualidade de vida²⁵. Este plano de ação tem se concretizado em ações. Em abril deste ano, a secretária nacional de organização da CUT publica um manifesto no Portal do Mundo do Trabalho, “Em defesa do melhor Plano de Saúde do Mundo”. Neste manifesto, ela aponta que o tema do Dia Mundial de Saúde: Segurança Sanitária²⁶ [...] **é bastante oportuno num ano em que realizaremos a 13ª Conferência Nacional de Saúde, cujo eixo Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento também está sendo pautado, sob um enfoque mais amplo, pelas sete centrais sindicais brasileiras**²⁶, e que **É um momento privilegiado para dar maior centralidade à defesa do SUS enquanto uma conquista da cidadania de uma política pública universal; de aprimorar seus mecanismos de controle social e de recolocar o debate acerca de garantias orçamentário que assegurem um financiamento estável das ações de saúde**. Cita que a defesa da regulamentação da Emenda Constitucional 29 está entre as propostas defendidas pelas centrais sindicais e finaliza o manifesto convidando [...] **a sociedade, especialmente os movimentos sociais, para revigorarmos a luta em defesa do SUS, enquanto política pública universal, integral e equânime, conquista que representou a maior reforma democrática do Estado Brasileiro**. Na perspectiva deste manifesto, a CUT, CGTB, Força Sindical e UGT definiram o 5 de dezembro como a data da IV Marcha das centrais a Brasília. A pauta desta marcha será: mais saúde, salário e emprego. Ressalta-se, porém, que na divulgação deste evento as questões de salário e emprego recebem muito mais atenção.

Por mais que as plenárias e congressos da CUT definam planos de ação gerais, dificilmente podemos pressupor que estas políticas mobilizem todas as confederações afiliadas da mesma forma. Provavelmente, uma das confederações que mais luta pelo SUS seja a Confederação de Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Entretanto, pelo fato de que esta confederação representa majoritariamente parcelas da população que não possuem coberturas de planos privados de saúde, ela se alia à luta em defesa do SUS e dá grande valor à representação de trabalhadores rurais em nos Conselhos de Saúde. Na pauta de reivindicações no Grito da Terra 2007²⁷, manifestação realizada em maio deste ano, foram incluídas as seguintes reivindicações referentes à saúde:

. Aprovação da Política Nacional de Saúde dos Povos do Campo e da Floresta, pactuando sua efetiva implementação junto ao CONASS e CONASEMS, definindo ações prioritárias em

consonância com o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de sua gestão;

. Realizar, até 2008, pesquisa sobre saúde junto às populações do campo e da floresta, considerando as metodologias, variáveis e categorias identificadas na Política Nacional de Saúde dos Povos do Campo e da Floresta;

. Apoio institucional para a Educação Permanente de lideranças populares e conselheiros de saúde representantes do MSTTR, visando o fortalecimento do controle social do SUS;

. Que as Conferências de Saúde – municipal, estadual e nacional – realizem uma avaliação do acesso das populações do campo e da floresta ao Sistema Único de Saúde²⁷.

Na CONTAG, a política de saúde também está muito presente na agenda das Comissões de Mulheres e tem sido incluída na pauta das Marchas das Margaridas, uma mobilização nacional anual de mulheres organizadas no movimento sindical que tem por objetivos políticos a mobilização, denúncia, formação, proposição e negociação de reivindicações.

Na agenda de movimentos sociais populares, a defesa da SUS tem sido um ponto importante. A Confederação Nacional de Associação de Moradores – CONAM, fundada em 1982 com apoio do PCdoB e cuja principal bandeira é a luta pela direito à moradia, propõe também entre outros projetos o **Projeto de reformulação do sistema nacional de saúde pública**²⁸, com as seguintes propostas: **Torná-lo preventivo das doenças, principalmente as endêmicas. O serviço de saúde pública deve proporcionar atendimento condizente com a dignidade das pessoas. Investimentos precisam ser feitos na pesquisa científica, tanto na área da saúde em si, quanto na produção e descoberta de novos medicamentos. O sistema de saúde deve estar associado a um projeto nacional de Saneamento Ambiental que venha dotar, em curto prazo, todos os municípios e localidades, com redes de abastecimento regular de água e esgotamento sanitário; macro e micro drenagem, controle de vetores, recuperação ambiental, e preservação dos recursos naturais. Os programas de saúde e de saneamento, além de elevar a qualidade de vida da população, contribuirão significativamente para o objetivo de pleno emprego**²⁸. A CONAM congrega 22 federações estaduais que contam com mais de 550 uniões municipais de associações de moradores.

O CONAM faz parte da Coordenação dos Movimentos Sociais – CMS, da qual participam entre outras entidades o MST, a CUT, a UNE e a Pastoral Operária. Esta coordenação apresentou em 2003 uma plataforma comum da qual consta

o projeto de reformulação do sistema nacional de saúde pública do CONAM.

Em dezembro de 2006, os representantes do movimento social e sindical (CMS, MST, UNE, ABONG, Rede de Mulheres, Movimento Urbano – CONAM e CMP, Índios e CUT) apresentaram propostas para o segundo mandato de Lula, reivindicando para a saúde medidas urgentes para sanar os graves problemas que atingem o sistema público de saúde com prioridade para a regulamentação da Emenda Constitucional 29.

Em junho deste ano, o CONAM organizou uma caravana nacional à Brasília de representantes de associações de moradores, que apresentou a seguinte pauta ao Ministério da Saúde: Regulamentação da EC 29; repúdio às tentativas de desvinculação ou de acabar com a CPMF; fortalecimentos das políticas intersetoriais que promovam saúde pública e qualidade de vida; fortalecimento da Atenção Básica através do PSF totalmente integrado ao SUS; implementação das políticas de atenção básica de forma coesa e não compartimentada; fortalecimento dos serviços ambulatoriais, de exames e procedimentos de média complexidade; apoio à política de planejamento familiar; apoio à descriminalização do aborto e ao tratamento desse tema como tema de saúde pública; reordenação da FUNASA dentro dos preceitos dos SUS e do Controle Social; investigação da negligência da Agência Nacional de Saúde Suplementar na investigação de planos de saúde que têm recusado a realizar procedimentos de média e alta complexidade; apoio à quebra de patentes, quando a mesma representar ameaça à saúde pública e à soberania nacional; fortalecimento da construção da 13ª Conferência Nacional de Saúde nas etapas municipais, estaduais e nacional; fortalecimento da mobilização popular e comunitária no processo da 13ª Conferência Nacional de Saúde; ampliação do debate sobre o PACTO junto à sociedade civil e ao movimento comunitário.

A existência de uma participação em torno de movimentos com bases sociais muito distintas enseja, aparentemente, a formação permanente de amplos consensos e articulações. Entretanto, estas pautas de trabalho expressam também o desengajamento da sociedade civil, após um período de mobilização durante o processo de transição política, e, não raras vezes, a construção de cúpulas sindicais e de outros movimentos sociais.

Neste contexto, tem que ser ressaltado o lugar específico do MST. Este movimento tem participado da Coordenação dos Movimentos Sociais e reivindicado melhorias do SUS. Faz, porém,

reivindicações específicas na medida em que muitas famílias que vivem em assentamentos e acampamentos têm acesso precário aos serviços de saúde, o que parcialmente é compensado pela alta valorização de cuidados alternativos. Sua Coordenação de Saúde tem mantido negociações com diversas Secretarias de Saúde para melhorar o acesso.

Os movimentos sociais, em si, sem dúvida contribuem à presença da saúde na agenda nacional, ainda que em geral seu grau de mobilização da sociedade civil seja relativamente fraco. Outras instâncias que contribuem a este processo são as Conferências e os Conselhos de Saúde. Atualmente, o “empoderamento” das instâncias de participação social, a autonomização do Conselho Nacional de Saúde, por um lado, as consolidaram como fóruns de articulação e inclusão de novas demandas sociais, por outro, rotinizaram a realização das conferências, inclusive temáticas. O curso desse processo de abertura à representação de interesses e institucionalização dos fóruns de controle social não é linear. Em linhas gerais, pode-se dizer que vivenciamos uma conjuntura na qual a reafirmação da relevância da democracia participativa na saúde está associada à “profissionalização” e “especialização” da participação.

Além disto, a representatividade dos conselhos é prejudicada por um processo de burocratização imposto por uma lógica de institucionalização, pelo desengajamento relativo da população em movimentos sociais, pela persistência de tradicionais lideranças comunitárias num contexto de políticas clientelísticas e pela transformação gradual destas instâncias em instrumentos de fiscalização antes de participação. Neste contexto, as conferências de saúde, organizadas sob o controle de conselhos de saúde, deixam de ser dispositivos de escuta da população e ameaçam tornar-se eventos em que prevalecem interesses corporativos ao lado de inúmeras propostas para o SUS que desconsideram prioridade e viabilidade.

A burocratização dos conselhos e das conferências de saúde acaba por restringir a participação da sociedade, tornando tanto os conselhos como as conferências instâncias internas ao setor da saúde sem visibilidade pública. Entretanto, ao mesmo tempo, não poderá ser desconsiderado que se trata de uma enorme rede de pessoas que quase sempre atuam como defensores intransigentes dos princípios do SUS.

Constatamos, então, um aparente movimento contraditório. Enquanto há uma tendência de os movimentos sociais, ainda que freqüentemente apenas em nível das direções, se abrirem pela

defesa do SUS e superar até certo ponto interesses corporativos, a rede de conselhos de saúde e conferências de saúde tende a se fechar em si mesma, abrindo espaço para interesses corporativos de grupos hegemônicos nos conselhos dos grandes municípios se manifestarem.

Mesmo assim, o cenário atual apresenta algumas tendências positivas. O fato de movimentos sindicais e populares se posicionarem em defesa do SUS possibilita que a questão da saúde transcenda os limites setoriais da saúde e, como tal, pressione a implementação de medidas que avancem a implementação do SUS. Para que esta janela de oportunidade se abra, é importante a atuação de uma comunidade política que crie novas imagens e discursos políticos, criando consensos em torno dos problemas do SUS e de possíveis soluções.

Afinidades e lacunas das agendas governamentais e movimentos sociais

As agendas sobre o tema saúde que animam e orientam as ações de instituições governamentais e movimentos sociais convergem em torno de um conjunto de temas comuns. O financiamento, tema que comparece em todas as pautas de trabalho examinadas sob a forma de reivindicação explícita ou implícita por mais recursos para o sistema público de saúde, congrega instituições do Poder Executivo, Judiciário, Legislativo e movimentos sociais. Porém, o adensamento em torno do reconhecimento das deficiências financeiras para a plena implementação do SUS não se mantém intacto quando se trata de questionar a estrutura política e a dinâmica tributária que seqüestra permanentemente recursos das áreas sociais.

Outro tema que atrai um conjunto importante de adesões é a garantia de cobertura, entendida sob enfoques diversificados – seja para um determinado procedimento no sistema público ou privado, seja para um segmento populacional, ou ainda enquanto priorização de um modelo de atenção. Por seu turno, a interpretação constitucional do direito à saúde requer que as instituições do Executivo e Legislativo, junto com o movimento social, respondam ao chamado para ampliar a compreensão e a operacionalização cotidiana do direito à saúde.

O terceiro ponto de convergência entre as agendas refere-se às pendências relativas às formas de contratação, regime de trabalho e regulamentação das profissões de saúde. Nesse caso,

as afinidades entre as instituições governamentais e os movimentos sociais estão nucleadas pela regularização dos vínculos. O debate e as iniciativas de definir responsabilidades pelo atendimento prestado por instituições e profissionais de saúde estão pautados apenas pelo Poder Legislativo.

A par dessas convergências, relacionam-se subconjuntos de temas naturalmente mais privados de determinadas instituições ou entidades e algumas estratégias de caráter geral que constam, por enquanto, exclusivamente de uma das agendas. Essas últimas podem ser exemplificadas pelas proposições afeitas ao complexo produtivo da saúde, que ainda não ecoaram nas demais agendas setoriais.

A lacuna mais visível das agendas do Ministério da Saúde, dos secretários de saúde e dos movimentos sociais refere-se ao sistema privado de saúde. A ausência de alternativas para direcionar os mercados de planos e seguros de saúde e os estabelecimentos privados de saúde de parte das instituições executivas públicas de saúde e dos movimentos sociais reforça o desvio de funções do Legislativo e Judiciário e até mesmo de órgãos do executivo, na medida em que os expõe à necessidade de executar tarefas indevidas. Outra omissão notável decorre da pouca ênfase conferida aos problemas ambientais pelas instituições governamentais diretamente responsáveis pela saúde e grande parte das entidades do movimento social.

Examinadas sob um enfoque geral, as agendas revelam mais afinidades do que discrepâncias. Portanto, a coerência das pautas de trabalho sobre saúde com a vocação das instituições/entidades das quais emanam afirmam a consolidação da saúde como prioridade na agenda pública.

“As pedras no meio do caminho do SUS”

Uma grande conquista do “Movimento da Reforma Sanitária” foi a definição pela Constituição Federal do conceito de Saúde e do Sistema Público de Saúde em 1988²⁹. O Art. 196 da Constituição Federal define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” Aqui se definiu de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. O Parágrafo Único do Art. 198 determina que: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes²⁹”.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde

de, com comando único em cada esfera de governo, e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabeleceu entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”²⁹. Isto constitui numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com as condições institucionais para a formação de um Sistema Público de Saúde, único e universal.

Estas condições institucionais não foram, entretanto, suficientes para a conformação de um sistema público único e universal. O financiamento privado da atenção à saúde no Brasil tem tido uma importância crescente na organização da oferta e na compra de serviços e produtos. Este financiamento tem sido por desembolso direto e ou pela associação voluntária de indivíduos e empresas aos planos privados de assistência de saúde.

O Brasil é, por conseguinte, um dos poucos países – se não for o único – onde a criação de um sistema público saúde de acesso universal e atenção integral tem coincidido com a expansão do setor de planos privados de assistência à saúde e dos gastos por desembolso direto dos grupos de menor renda, ainda que em ritmo diferenciado entre as várias regiões metropolitanas do país.

O setor de planos privados de assistência à saúde de saúde tem como clientela principal a população inserida do mercado formal de trabalho, isto é, com vínculo empregatício. A vinculação de indivíduos e famílias aos planos de saúde privados no Brasil está fortemente associada ao perfil de renda.

A enorme diferenciação em termos da abrangência geográfica e de estrato de renda do mercado de planos de saúde parece ratificar os prognósticos pessimistas para a política pública universalista de saúde brasileira formalizada na CF 1988.

Estes prognósticos indicaram que a implementação da universalidade de acesso pelo SUS, sem a rápida ampliação da oferta de serviços públicos, levaria à saída dos estratos sociais de maior renda e capacidade de barganha econômica do sistema público de saúde. É necessário enfrentar estes desafios para a construção de um Sistema Único de Saúde – universal e integral no Brasil. São quatro os pontos fundamentais para responder a este desafio institucional:

1 – Saúde e sistema de proteção social no Brasil: A evolução do gasto público de saúde tem estado associada ao fortalecimento da proteção

social na experiência internacional. As sociedades com sistemas universais e integrais são as sociedades com sistemas de proteção social instituído. É necessária a compreensão de que não existe a possibilidade de um sistema universal na saúde sem que seja fortalecido o financiamento da proteção social no país.

As experiências internacionais indicam que as democracias mais bem-sucedidas são também as que apresentam os maiores gastos públicos e, portanto, maior carga fiscal. Os gastos públicos redistributivos sustentam a integração de todos os indivíduos e interesses à comunidade cívica.

As estratégias corporativas setoriais enfraquecem o sistema público. A insistência da exclusividade em relação, por exemplo, ao destino da Contribuição Provisória pela Movimentação Financeira (CPMF), é equivocada e inviabiliza a construção de um arranjo sustentável de seguridade social no país.

O debate que envolve a destinação exclusiva desta contribuição fiscal é bastante complexo, uma vez que impõe, na prática, alternativas perversas ao movimento sanitário. A perspectiva de obtenção de mais recursos financeiros para a saúde não deve implicar o abandono das motivações que levaram à construção de uma agenda generosa e solidária de Reforma Sanitária. Nesse sentido, a saúde deveria participar ativamente do processo de mudanças e ampliação nas bases de financiamento para o fortalecimento de um sistema de proteção integrado e integral e compartilhar o Orçamento da Seguridade Social com as funções de sustentação de programas de transferência de renda e previdência social dos idosos;

2 - Novas funções de coordenação dos interesses coletivos pelo SUS: O Ministério da Saúde tem sido incapaz de exercer a missão institucional de coordenação nacional do sistema de saúde. O Brasil apresenta elevado déficit de articulação dos interesses coletivos no setor saúde por força da especialização das funções governamentais do SUS à esfera pública, delegando, para o mercado, as profissões da saúde e, para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a regulação da atividade privada.

As experiências nacionais bem-sucedidas de sistemas eficientes e equânimes são aquelas em que o governo regula as condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviços de saúde. Os modelos de regulação sistêmicos privilegiam a decisão do governo na alocação e no uso dos recursos.

A experiência de regulação fragmentada e irracional da “indústria de seguro de saúde” é característica do arranjo institucional do sistema

de saúde dos Estados Unidos. O padrão de regulação pontual observado nos Estados Unidos tem ampliado a fragmentação, inibiu a universalização, não controlou a expansão dos gastos e nem a alocação ineficiente de recursos. Este é o desafio para o Ministério da Saúde e para as instituições do SUS.

3 – Pela qualidade, eficiência e equidade: O fortalecimento do papel de coordenação do setor público exige que seja enfrentado o debate sobre qualidade, eficiência e equidade no acesso na gestão governamental da saúde.

A defesa da qualidade e da eficiência no setor público não pode ser reduzida a uma agenda de Estado mínimo de orientação liberal. Esta é uma leitura simplista e paralisante da ação política no setor público.

O setor público teve um notável aporte de novos recursos para a saúde pelo crescimento dos gastos em todos os níveis da federação nos últimos cinco anos. Apesar disso, o setor apresenta elevado déficit de qualidade, eficiência e equidade.

Diante do déficit de qualidade, os estratos sociais com maior poder de vocalização e saída para as soluções de mercado não permanecem leais ao setor público. Metas de qualidade e produtividade devem orientar as funções governamentais na saúde para fortalecer a sua credibilidade e eficiência.

As organizações e os programas públicos devem ser monitorados para que sejam conhecidos os padrões de eficiência e qualidade em que operam. As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem ser objetos de avaliações independentes, que informem a sociedade sobre os padrões de equidade e qualidade das suas organizações e serviços de saúde.

Deve ser exigido aos hospitais públicos e às

instituições de Ciência e Tecnologia da saúde que aprimorem o padrão de governança corporativa. O instrumento do contrato de gestão deve ser fortemente disseminado na administração pública. Esta disseminação é uma condição necessária para que se obtenham resultados de qualidade e eficiência.

4 – A implementação do SUS é falha: A criação de novos programas baseados do incentivo à demanda via mecanismos de co-pagamento indica que o processo descentralização da atenção à saúde está sob risco e apresenta graves falhas de responsabilização.

Por exemplo, o programa de Farmácia Popular, criado pelo governo federal em 2004 e abraçado pelos Municípios, inaugurou o co-pagamento na política de assistência farmacêutica brasileira.

A descentralização transferiu para os municípios a provisão da atenção à saúde básica. Os municípios são os responsáveis pela política de assistência farmacêutica básica, devendo prover estes insumos gratuitamente. A co-existência desta missão institucional com o Programa de Farmácia trouxe uma justa e profunda desconfiança sobre o destino das transferências fundo a fundo nos municípios. Seria a farmácia básica a única falha de implementação dos programas de atenção primária no município ou existem graves limitações na responsabilidade municipal com a provisão da atenção à saúde e, por consequência, com os princípios do SUS? Esses questionamentos endereçam tarefas permanentes de avaliação das estratégias de extensão de cobertura farmacêutica para pesquisadores, formuladores e executores de políticas de saúde, especialmente diante dos possíveis desafios para transformar a vasta rede comercial de farmácias brasileiras em estabelecimentos de saúde.

Colaboradores

Bahia L, NR Costa e C van Stralen participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Opinião Pública. **Pesquisa de opinião pública sobre assuntos políticos/administrativos**. Brasil: IBOPE Opinião; 2006. [acessado 2007 Set 10]; [cerca de 15p]. Disponível em: http://www.ibope.com.br/Elenco/2006/download/opp494_cni_dez06.pdf
2. Fundação Perseu Abramo. **Pesquisa sobre Reforma Política**. [S.l]: Criterium Assessoria em Pesquisa; [2006]. [acessado 2007 Set 10]; [cerca de 15p] Disponível em: http://www2.fpa.org.br/portal/uploads/reforma_politica.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no Cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [acessado 2007 Set 10]; [cerca de 15p]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744
4. Garcia MA, coordenador. **Lula Presidente: Programa de Governo 2007-2010**. Brasília: 2007. [acessado 2007 Set 10]; [cerca de 15p]. Disponível em: http://www.wilsoncenter.org/news/docs/Plano_Governo_Lula.pdf
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Carta do Nordeste**. Brasília: CONASS; 2007. [acessado 2007 Set 10] [cerca de 5p]. Disponível em: http://www.conass.org.br/?page=noticias_estados&codigo=1678&i=0&mesAtual=04&anoAtual=2006&diaAtual=06
6. Magalhães Jr HM. CONASEMS reafirma seu compromisso com os pequenos municípios. **Jornal do Conasems** 2007 Jun 6; p. 6-7.
7. Oliveira K. Temporão afirma que equipe econômica conhece pouco o sistema de saúde. Agência Brasil. 2007 Set 12 [acessado 2007 Set 20]; [cerca de 1p]. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/09/12/materia.2007-09-12.7617699072/view>
8. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad Saúde Pública** 2007; 23(9):2113-2126.
9. Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde do governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate** 2007; 29(71):268-283.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Prioridades do CONASS. **Consensus** 2007; 28:6-7.
11. Teses do CONASS para a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Nota Técnica 13/2007. Brasília: CONASS; 2007. [acessado 2007 Set 20]; [cerca de 35p]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT13-07.pdf>
12. Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde. **Carta de Joinville**. Brasília: CONASEMS; 2007. [acessado 2007 Set 20]; [cerca de 40p]. Disponível em: <http://www.retsus.epsvv.fiocruz.br/upload/documentos/CartaJoinville.pdf>
13. Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde. **CONASEMS: Teses e Plano de Ação 2006-2007**. Brasília: CONASEMS; 2007. [acessado 2007 Set 20]; [cerca de 50p]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/teses_conasems_menor.pdf
14. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.** 2005; 24:41-67.
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Posse da nova diretoria do CONASS. **Consensus** 2007; 28: 4-5.
16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Informativo Eletrônico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde** 2007; 39.
17. Cittadino G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: Vianna LW, organizador. **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ; 2002.
18. Temporão acusa Justiça de tomar “lugar dos médicos”. **Agência Folha** 2007 Out 19.
19. Silva FVN. **Considerações sobre a judicialização do acesso à saúde** [monografia]. Pelotas (RS): Núcleo de Integração em Direitos Humanos/Universidade Católica de Pelotas; 2005.
20. Boschi RR, Lima MR. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. In: Vianna LW, organizador. **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ; 2002.
21. Sistema de Informações do Congresso Nacional. [site da internet] [acessado 2007 Set 20]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisa.action>
22. Beck Filho D. **Entrevista para o Portal do Mundo do Trabalho**. São Paulo: CUT; 2006.
23. Central Única dos Trabalhadores. **Plenária do 10º CECUT**. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores; 2002.
24. Central Única dos Trabalhadores. **8º Congresso Nacional da CUT-CONCUT**. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores; 2003.
25. Central Única dos Trabalhadores. Plano de ação a Defesa do Sistema Único de Saúde. In: **Relatório do 9º Congresso Nacional da CUT-CONCUT. Trabalho e democracia: emprego, renda e direitos para todos os trabalhadores e trabalhadoras**; 2006; São Paulo. p. 27-28.
26. Dau DM. **Em defesa do melhor Plano de Saúde do mundo!**. Portal do mundo do trabalho. [artigo na internet]. 2007 Abr [acessado 2007 set 10]; [cerca de 1 p]. Disponível em: <http://www.cut.org.br/site/start.php?inford=8926&sid=21>
27. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. **Grito da terra Brasil** - itens 137-14. Brasília: CONTAG; 2007.
28. Confederação Nacional das Associações dos Motoristas. **Projeto de reformulação do sistema nacional de saúde pública** [site na internet]. 2007. Disponível em: <http://www.conam.org.br>
29. Brasil. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [acessado 2007 set 10]; [cerca de 40 p]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

Artigo apresentado em 17/09/2007

Aprovado em 07/11/2007

Versão final apresentada em 23/10/2007